Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa. w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 19 czerwca 1886. № 25. Rok XXV.

I. Kilka uwag nad wartością podotrzewnowéj operacyi przepukliny uwięźniętéj bez otwarcia worka.

Skreślił **Dr. Józef Orłowski,**
prymaryjusz szpitala powszechnego w Przemyślu.

O podotrzewnowéj metodzie operowania przepuklin uwięźniętych tyle już rozprawiano i pisano, że zdawaćby się mogło, iż kwestyja ta jużby powinna stanowczo być rozstrzygniętą, a jednak dotąd akta nie są zamknięte w tym względzie; dziś jeszcze bowiem często można się spotkać z pochwałami i usilném zalecaniem tego sposobu, gdy przeciwników tylko mała jest liczba; a w obec tego sądzę, że dla załatwienia kwestyi spornéj pożyteczném byłoby ogłaszanie przypadków, z których można powziąść dokładniejszy pogląd na sprawę; ten wzgląd téż skłania mnie do podzielenia się z światłą publicznością lekarską krótkim opisem przypadku z mojéj praktyki i uwagami, jakie mi się z jego powodu nastręczyły. Dla operatora z powołania stoją otworem rozmaite drogi, a każda może prowadzić do celu; rozległa wiedza i doświadczenie są mu wskazówką ułatwiającą w wyborze najróżnorodniejszych sposobów operowania; dla niespecyjalisty, zwłaszcza na prowincyi, który zmuszony jest rozwijać czynność zarówno we wszystkich niemal działach sztuki lekarskiéj i nie ma czasu na obeznanie się ze wszystkiemi poglądami w danéj kwestyi, tworzącemi nieraz istny las kontrowersyj, pożądaném byłoby ustalenie i podanie metody jak najprostszéj, o ile to da się bez uszczerbku dla rzeczy uskutecznić. Dalekim jestem od chęci stwarzania szablonów, ale sądzę, że zgodzi się ze mną każdy, iż uproszczenie i ułatwienie metody, zwłaszcza w operacyjach nagłych, czyniąc je przystępnemi dla szerszego koła wykonawców, niemogących mieć rutyny i wprawy specyjalisty, jest rzeczą niezmiernie pożyteczną i ważną.

Oto krótki szkic historyi mojego przypadku, w którego przedstawieniu pomijam szczegóły nienależące ściśle do rzeczy i podaję jedynie najważniejsze.

Mirla Amtmanowa, lat 48 licząca, żona rzeźnika, matka 8 dzieci, od lat dwóch cierpiała na napady bólów w brzuchu, które określa jako kurcze żołądka połączone z nudnościami a czasem i wymiotami, pojawiające się co parę miesięcy niezależnie od pory brania pożywienia i trwające po kilka godzin; ani przedtém ani w ciągu tych 2 lat ostatnich nie spostrzegła nigdy żadnego obrzęku w pachwinie, dopiero w d. 1 kwietnia br. bez widocznéj przyczyny, nie doznawszy ani wstrząśnienia, ani nie dźwignąwszy żadnego ciężaru, dostała zwykłych boleści, które tym razem usadowiły się głównie w pachwinie prawéj, gdzie też nagle wystąpił guz wielkości orzecha włoskiego, bolesny i niedający się napowrót wsunąć; od téj chwili pojawiły się stałe nudności, okresowe wymioty, składające się z początku z pokarmów a następnie z cieczy czystéj żółciowéj. Kilku kolejno wzywanych lekarzy próbowało guz ten wsunąć (bez usypiania), gdy jednakże usiłowania te przez 36 godzin podejmowane nie odnosiły skutku, a przypady niedrożności jelit ciągle się wzmagały, przewieziono chorą do tutejszego szpitala powszechnego w d. 2 kwietnia, gdzie o godzinie 6éj wieczorem znalazłem ją w stanie następującym:

Chora dobrze odżywiona, z twarzą nieco zapadłą, tętnem drobném, przyspieszoném, ciepłotą prawidłową; brzuch wzdęty, odgłos nad nim wszędzie jawno bębenkowy, od czasu do czasu wymioty; w okolicy pachwiny prawéj poniżéj więzu Pouparta widać guz wielkości dużego orzecha włoskiego, skóra nad nim prawidłowa, przesuwalna, odgłos wypukowy stłumiony, bębenkowy, w głębi daje się wyczuć dalszy ciąg jego i tam też przy obmacywaniu chora doznaje znacznego bólu. Rozpoznano przepuklinę udową, i po przygotowaniu potrzebnych narzędzi i uśpieniu choréj, gdy odprowadzenie bezkrwawym sposobem nie dało się wykonać, przy asystencyi 2 kolegów przystąpiłem do operacyi. Ująwszy fałd skóry prostopadle do najdłuższego wymiaru guza (tutaj poprzecznego) wbiłem u podstawy tegoż nożyk kończysty, przedłużając cięcie po zgłębniku rowkowanym w obydwóch kie-

runkach rany aż do odsłonięcia dokładnie całego guza; wkrótce z rany wychylił się worek, którego ściany okazały się znacznie zgrubiałemi; oddzieliwszy go szczególnie w stronie wewnętrznéj od części otaczających i wprowadziwszy koniec lewego wskaziciela aż do miejsca zaciśnięcia włożyłem nożyk przepuklinowy, którym wiąz Gimbernata w dwóch miejscach płytko naciąłem; podczas całego aktu krwawienie było minimalne. W téj saméj prawie chwili za lekkim naciskiem na dno worka, jelito uwięźnięte z charakterystycznym szmerem osunęło się w głąb jamy brzucha, przyczém i sam wypróżniony worek nieco w głąb się osunął; ponieważ przepuklina była mała, nie otwierałem worka, lecz po należytém oczyszczeniu rany, zapyleniu proszkiem jodoformowym, założeniu sączka i zeszyciu, zastosowałem opaskę uciskową i chorą złożono w łóżku. W ciągu pierwszéj godziny spała spokojnie, lecz po upływie tego czasu pojawiły się znowu wymioty, które początkowo przypisywano działaniu chloroformu; dano lawatywę z litra letniéj wody, która wkrótce odeszła zabarwiona żółto, a w niéj dwie grudki zbitego kału wielkości tureckiego orzecha i nieco wiatru. Noc jednakże przeszła niespokojnie, a przez dzień następny trwały objawy niedrożności jelit daléj; gdy nietylko nie ustawały ale wzmagały się coraz więcéj, tak iż choréj groziło poważne niebezpieczeństwo, zaproponowałem powtórną operacyję, na którą się zgodzono nazajutrz po długich debatach familijnych. Skoro nigdzie zewnętrznie nie odkryłem drugiéj przepukliny, przypuszczałem dwie ewentualności: albo po częściowém wypróżnieniu worka powstało powtórne uwięźnięcie z powodu przyczepki istniejącéj w tylnym odcinku jego, albo też istniał osobny skręt. Przy asystencyi kolegów Dra. S., lekarza sztabowego i Dra Z. przystąpiłem więc do operacyi; z powodu znacznego osłabienia choréj nie chloroformowano. Rana była zlepiona przez rychłozrost; po rozcięciu szwów, usunięciu sączka i rozwarciu brzegów wprowadziłem palec do jamy, gdzie namacałem na jelitach leżący, odłuszczony worek przepuklinowy; dla wydobycia go ręką (gdyż z obawy jakiegokolwiek uszkodzenia nie chciałem używać szczypców), oraz w przypuszczeniu, że może zajść konieczność manipulowania w jamie brzusznéj, musiałem otwór kanału udowego rozszerzyć; w tym celu rozciąłem wiąz Pouparta na 4cm. ku górze z zachowaniem wszelkich ostrożności, przyczém cały zabieg odbywał się zewnątrz otrzewny, a zyskawszy w ten sposób dostateczną przestrzeń, wprowadziłem trzy palce, któremi worek bezpiecznie wyciągnąłem na wierzch; podczas tego spostrzegłem, że worek w ręce mojéj malał, a gdy go otwarłem, jelita już w nim nie było; okazało się, iż miał postać klepsydry, któréj wcięcie przypadło w pierścieniu udowym i był znacznie większym, niż pierwotnie się wydawał, przez otwór zrobiony wprowadziłem palce prawéj ręki do jamy brzusznéj, a nie odkrywszy nigdzie żadnego zboczenia i upewniwszy się poprzednio o całkowitém wypróżnieniu worka, założyłem nań ligaturę w szyi i całe dno odciąłem; w końcu założyłem opatrunek jodoformowy. Odtąd wymioty ustały zupełnie a w sześć godzin późniéj pojawił się stolec i wiatry odeszły; wyzdrowienie potém już zwykłym torem postępowało i chora została uratowaną.

Zastanawiając się nad tym przypadkiem wypadałoby szukać odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jak sobie wytłumaczyć, że chora nie wiedziała o przepuklinie, która bez wątpienia istniała od dłuższego czasu (o czém świadczy grubość worka)?

2. Czy cięcie zaotrzewnowe bez otwarcia worka było wskazaném?

3. Co było przyczyną dalszego trwania objawów niedrożności jelit po pierwszéj operacyi?

4. Nakoniec, jakie wnioski dadzą się wysnuć z niniejszego przypadku co do wartości użytéj metody?

Co do pierwszego, to jeżeli nie zechcemy przypuścić najwyższego stopnia niedołęztwa i ciemnoty u choréj, niewiadomość jéj o istnieniu cierpienia daje się wytłumaczyć tém, że zapewne przepuklina nie przekroczyła kanału udowego, łatwo się wsuwała nie przedstawiając zewnętrznego obrzmienia, a dopiero w ostatnim czasie wystąpiła wyraźnie.

Co do drugiego pytania, to mniemam, że w obec małych rozmiarów przepukliny, skoro wielu znakomitych operatorów właśnie w takich razach cięcie zewnętrzne bez otwarcia worka zaleca, byłem w zupełném prawie użyć téj metody; a tém mniéj widziałem powodu do otwierania, gdy za pociśnięciem dna jelito z cechującym szmerem bulkocącym do jamy się spuściło i worek okazał się próżnym; uderza jeszcze w tym przypadku nader luźne przyczepienie worka do otoczenia, który po zastosowaniu opaski uciskowéj z wielką łatwością wpadł do jamy brzusznéj. Szukając przyczyny dalszego trwania niedrożności jelit, trudno co innego przypuścić, jak że wydarzyło się tu powtórne uwięźnienie w opadniętym nieotwartym worku, chodziłoby tylko o wyjaśnienie, w jaki to stało się sposób? Otóż skoro za pociśnięciem dna worka wyraźnie słyszeliśmy bulkotanie uwolnionego jelita a dno okazało się wypróżnioném, wolno przypuścić, że inkarceracyja była zniesiona, lecz jak z dalszego przebiegu wnosić trzeba, uwolnienie to było albo całkowite lecz chwilowe, albo, co jeszcze prawdopodobniejsze, częściowe, t. j. w głębszéj części worka istniała przyczepka, która, nie dopuszczając całkowitego oddzielenia treści, stała się następnie tak fatalną; w tym ostatnim razie dodawszy osunięcie odłuszczonego worka mielibyśmy zatém do czynienia z odmianą redukcyi *en masse.* Ale mniejsza o to i nad wyjaśnieniem tego zjawiska dłużéj zatrzymywać się nie widzę potrzeby, dla mnie bowiem główną rzeczą jest pytanie, jaką wartość ma operacyja bez otwarcia worka?

Jak wiadomo, sposób ten podany pierwotnie i wykonany przez Piotra Franco, a rozpowszechniony przez Petita znalazł i ma do dziś dnia dużo stanowczych zwolenników; chociaż i na przeciwnikach nie brakło. Zbyt wiele zabrałoby miejsca przytaczanie wszystkich argumentów *pro* i *contra*, ograniczę się więc jedynie do przytoczenia niektórych wybitniejszych i uzasadnienia mojego poglądu dla wykazania, że operacyja ta powinnaby wreszcie być porzuconą zupełnie; przyczém zastrzegam się, że nie sam jeden mój przypadek skłania mnie do tego zapatrywania, byłby to sąd zbyt doraźny i pospieszny, ale postaram się rozwinąć rozumowanie i oprzeć na premisach, jak mniemam, zdrowych i nie łatwo dających się obalić.

Richter dla poparcia zalet operacyi tak rozumuje: „jeżeli chirurg zdecydowawszy się już na operacyję jeszcze odważa się na próbę usunięcia uwięźnienia za pomocą *taxis* lub innego łagodniejszego środka a próba się udaje, to przecież przepuklina usunęła się także bez otwarcia, a części wewnątrz leżące mogą niespodziewanie stać się szkodliwemi; bo dla czegóż nie mamy się teraz obawiać przy *taxis* tego, czego po półkwadransie późniéj przy operacyi się obawiamy. Albertowi zdanie to wydaje się w istocie nader trafném:

„damit ist der Nagel auf den Kopf getroffen“ powiada i dodaje, że wszędzie. gdzie przypuszczalną jest *taxis,* i operacyja Petita musi być dozwoloną, a König zewnętrzną herniotomiję zowie odprowadzeniem *(taxis)* po przecięciu osłon zewnętrznych. (Dok. n.)

II. O wpływie pozycyi ciała na krążenie krwi u zwierząt.

Podał **Prof. Dr. Cybulski.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

Zmiany otrzymane w tém doświadczeniu mogą być uważane za typowe. Widzimy więc, że i w tém doświadczeniu w normalnym stanie zmiany w tętnicy udowéj są większe niżby być powinny w skutek wpływów hydraulicznych, w tętnicy zaś dogłowowéj, jak to na podstawie obliczenia wnosić można, parcie pomimo zmian w pozycyi zostaje prawie wciąż na téj saméj wysokości. Charakter zmian zostaje ten sam nawet po tracheotomii i podczas sztucznego oddechania, lecz zupełnie się zmienia po przecięciu nerwów błędnych, zastrzyknięciu kurary i przecięciu rdzenia. W ostatnim przypadku w pozycyi pionowéj głową w dół parcie nie tylko, że się nie obniża w tętnicy udowéj, jak to było w stanie normalnym, lecz często nawet nie pozostaje na téj saméj wysokości, a stopniowo podnosi się z wyjątkiem chwili, w której się odbywa zmiana. Przyrost ten parcia jest oczywiście znacznie większy w tętnicy dogłowowéj, natomiast w pozycyi pionowéj głową do góry parcie obniża się nie tylko w tętnicy dogłowowéj, lecz nawet w tętnicy udowéj; w pierwszéj więc pozycyi mamy ogólne podniesienie się parcia w całym systemie tętniczym, w drugiéj również ogólne obniżanie się parcia. Zjawiska zupełnie więc są odmienne od tych, któreśmy otrzymali w stanie normalnym. Różnicę tę można widzieć z rys. 3, 4, 5 i 6. Zauważyć jednak mu-

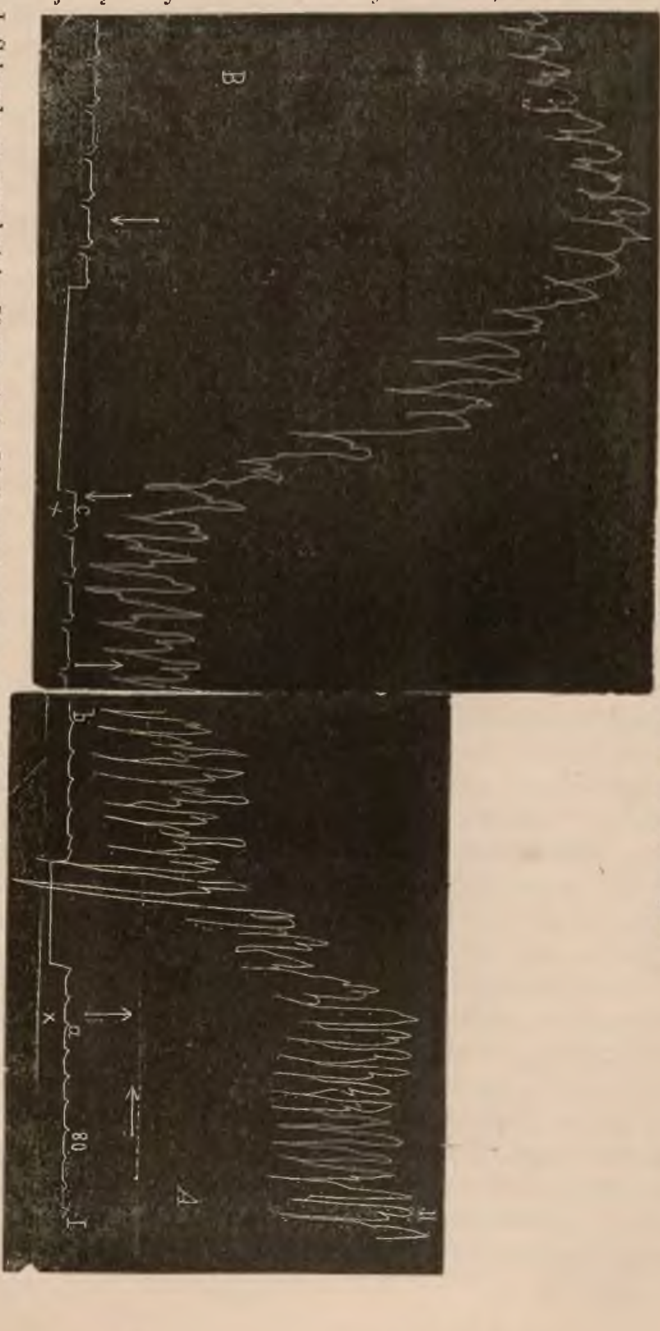


Fig. 3. Parcie w tętnicy udowéj w stanie normalnym m.

I. Sekundy na wysokości = 80 mm. rtęci (Linija prosta oznacza czas zmiany; ↘ kierunek osi ciała; × oznacza odnogi tylne). II. Krzywa parcia. *a)* Poziomo. *b)* Głową w dół (przerwa w ciągu 1'). *c)* Głową do góry.

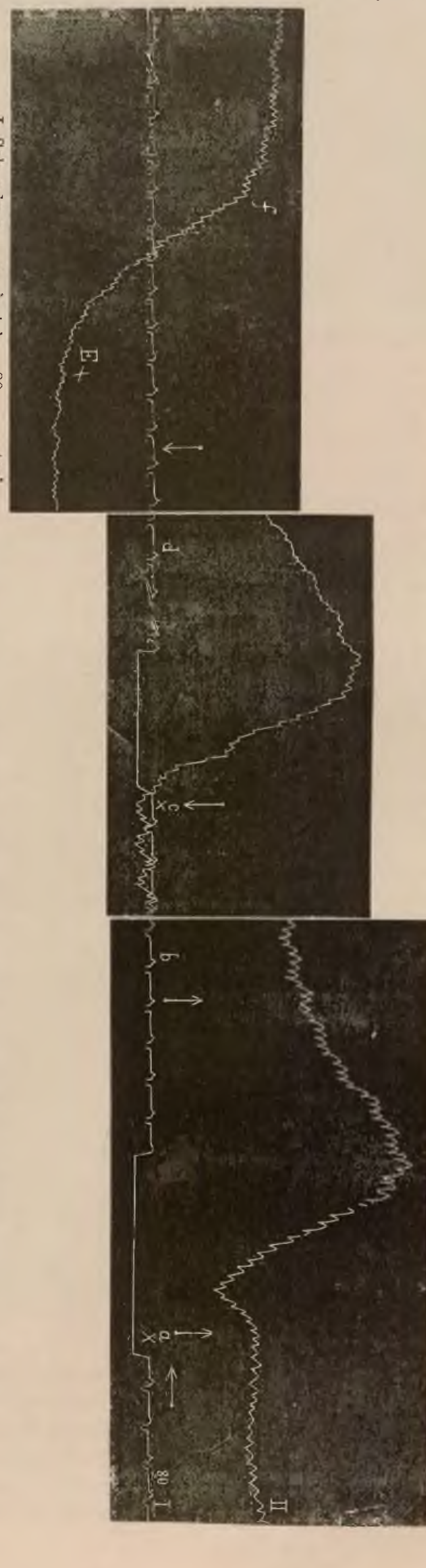
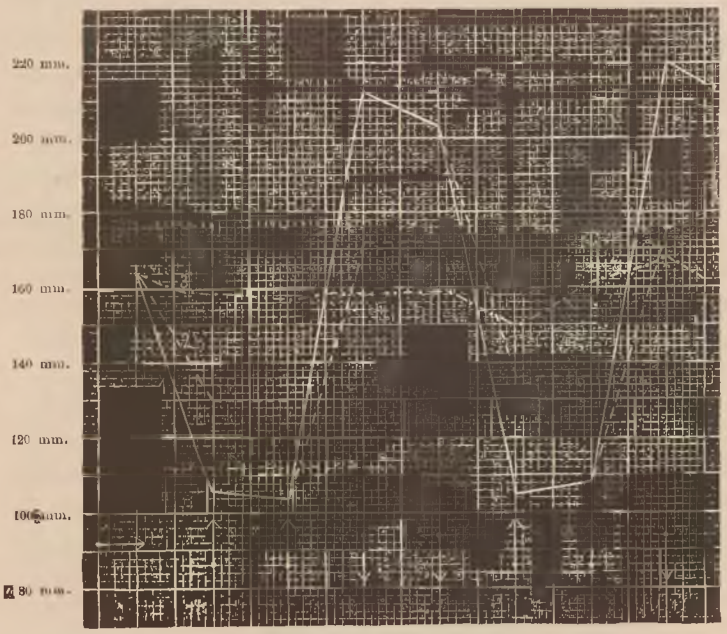


Fig. 4. Parcie w tętnicy udowéj po przecięciu nerwów błędnych i zatruciu kurarą.

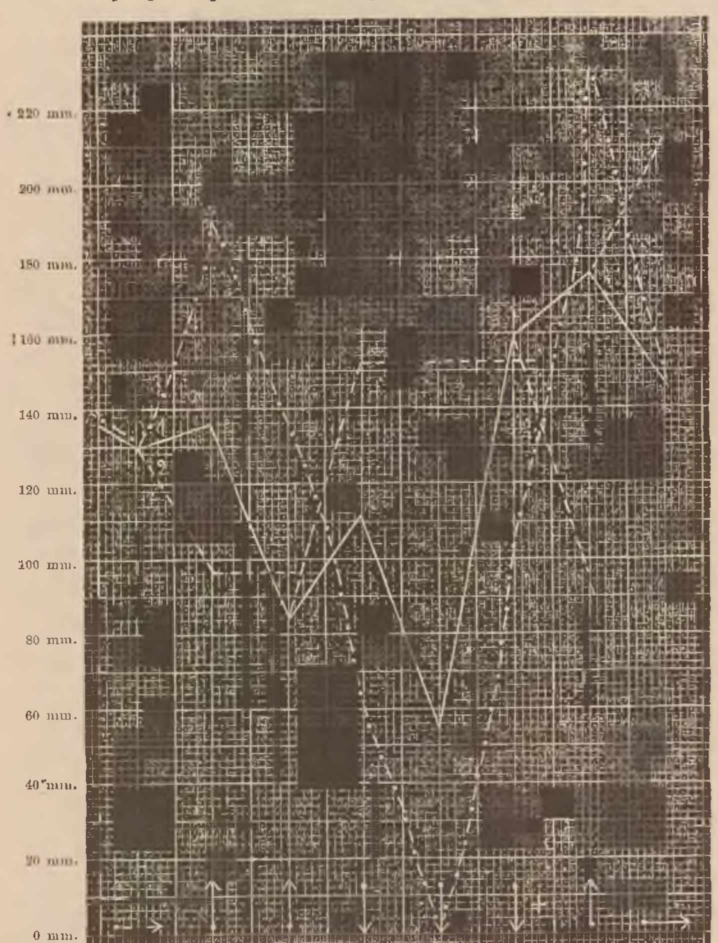
I. Sekundy na wysokości = 80 mm. rtęci.
II. Krzywa parcia; do *a*—poziomą; od *a* do *c* głową w dół (przy *b* przerwa w ciągu 2') od *c* do końca głową do góry (przy *d* przerwa w ciągu 2').
E f, zmiana w parciu skutkiem działania naczynioruchowych ośrodków.

Fig. 5. Zmiany w parciu średniém przy rozmaitych pozycyjach u zwierzęcia normalnego.



1. Parcie średnie spostrzeżone w tętnicy udowéj.
2. Parcie obliczone (tj. zmiany, jakie musiałyby być w parciu w skutek warunków czysto fizycznych).
3. Parcie obliczone dla tętnicy dogłowowéj ↘ kierunek osi ciała. •—Głowa, ∧—odnogi tylne.

Fig. 6. Zmiany w parciu średniém u tego samego zwierzęcia po przecięciu nerwów błędnych i zatruciu kurarą.



1. 2. 3. Patrz fig. 5. + Uciskanie brzucha.

szę, iż zmiany w niżéj przytoczonych doświadczeniach otrzymane w stanie normalnym nie są tak wybitne jak właśnie w tém doświadczeniu. Ta niejednostajność rezultatów może pochodzić ztąd, iż nie wszystkie zwierzęta używane do doświadczeń zachowują się jednakowo: jedne z nich znoszą wstępne przygotowania, jako to przywięzywanie do deski, odszukiwanie tętnic lub nerwów dość obojętnie, inne znowu tak są niespokojne, iż wymagają zastósowania chloroformu i chociaż badania rozpoczynały się po zupełném ocuceniu zwierzęcia, cały jednak szereg tych rękoczynów już znacznie zmienia czynności narządu oddechowego i serca, że podobne zwierzę trudno uważać za normalne. To téż jakkolwiek nazywam ten stan normalnym, w zupełności go jednak za takowy uważać nie mogę, że zaś u normalnych zwierząt przy zmianach pozycyi zawsze można otrzymać podobne zjawiska jak i otrzymane w doświadczeniu 3, to o tém się przekonałem obserwując te zmiany wielokrotnie na zwierzętach przeznaczonych do innych doświadczeń; zawsze otrzymywałem tém mniejsze zmiany w tętnicy dogłowowéj przy rozmaitych pozycyjach im na bardziéj świeżém zwierzęciu obserwacyje te były dokonywane. Z tego więc wnoszę, że i prof. Paszutin przyszedł do wniosku, że w tętnicy dogłowowéj zmiany są bardziéj znaczne, niż zmiany hydrauliczne, w skutek tego, iż badał parcie na zwierzętach już nie zupełnie normalnych.

Wprzód nim przytoczę inne doświadczenia, chciałbym już tu zwrócić uwagę na to, w jaki sposób wytłumaczyć w przytoczonych doświadczeniach te zmiany w parciu ościennem po zatruciu kurarą lub przecięciu nerwów błędnych.

Ani zmiany tętna, ani sztuczne oddechanie bez zatrucia kurarą tych zmian nie wywołują (doświadczenie 3). Ponieważ zaś przecięcie nerwów błędnych zmienia rytm i charakter oddechania, a kurara zupełnie go uniemożliwia, i oddychanie musi być podtrzymywane sztucznie, więc w zmianach oddechania musimy szukać rozwiązania tego zagadnienia.

Z przytoczonych tu doświadczeń widzimy, iż parcie ościenne w układzie tętniczym wcale inaczéj się zachowuje w pozycyi głową w dół po przecięciu nerwów błędnych i zastrzyknięciu kurary, niż w pozycyi głową do góry, która jest zresztą pozycyją normalną u ludzi. Można więc przypuścić, iż pochodzi to ztąd, że krew w ostatniéj pozycyi pod wpływem ciążenia stopniowo nagromadza się w obszernych żyłach dolnych, zlewających się do *Ven. cava inferior*, a również w téj ostatniéj, skutkiem czego przypływ krwi do serca się zmniejsza i sprawia w następstwie obniżenie się parcia ościennego w tętnicach. W pozycyi zaś odwrotnéj, ponieważ system *venae cavae superioris* jest znacznie mniejszym, więc tylko nieznaczna ilość krwi pozostanie w nim w stanie względnego spokoju; natomiast z wielką szybkością, a osobliwie w pierwszéj chwili krew podąży do serca z systemu *ven. cavae inferioris;* każdy skurcz serca wniesie większą ilość krwi do układu tętniczego a skutkiem tego będzie powiększenie pracy serca i podniesienie się parcia ościennego w tętnicach. Przepełnienie więc krwią systemu *venae cavae inferioris* w pierwszym przypadku może być uważane za przyczynę obniżania się parcia ościennego w tętnicach. W skutek przebiegu głównego pnia licznych gałęzi téj żyły przez jamę brzuszną, przepełnienie to nie może mieć miejsca, dopóki stosunki parcia wewnątrz jamy brzusznéj i klatki piersiowéj są normalne. Parcie ujemne istniejące w klatce piersiowéj, jak wiadomo, podlega znacznym wahaniom w zależności od głębokości i siły wdechu i wydechu, przytém podczas wdechu parcie to wzrasta, podczas wydechu zmniejsza się; w jamie brzusznéj, jak wiadomo, mają miejsce odwrotne stosunki, podczas wdechu parcie się podnosi, podczas wydechu obniża się. Możemy więc żyły przebiegające przez jamę brzuszną uważać jakby umieszczone pod prasą, która je rytmicznie uciska przy każdym wdechu; już w skutek tego ucisku krew

musi z żył z większą szybkością posuwać się do klatki piersiowéj niezależnie od pozycyi organizmu, tém bardziéj, że w tym samym czasie mamy wzrastanie parcia ujemnego w klatce piersiowéj, co, jak wiadomo, działa ze swojéj strony na krew podobnie do pompy ssącéj. W skutek tego rytmicznego działania jamy brzusznéj i klatki piersiowéj oczywiście, iż krew w obszernych kanałach żylnych może się nagromadzić tylko podczas wydechu, lecz przy normalnych warunkach wydech trwa tak krótko, iż przepełnienie tych naczyń nie może dojść do skutku. Takie działanie jamy brzusznéj i klatki piersiowéj nie ogranicza się tylko do naczyń wewnątrz jamy brzusznéj położonych lecz wpływa również na żyły odnóg tylnych, gdyż przy zmniejszoném parciu w czasie ekspiracyi krew z żył tych odnóg ma wolny wstęp do po części opróżnionych żył jamy brzusznéj, podczas zaś wdechu nie może się cofać wstecz w skutek działania zastawek żylnych. Ztąd więc wynika, iż wpływ oddechania a w szczególności jamy brzusznéj, ma specyjalne znaczenie dla krążenia krwi, a mianowicie utrzymuje równomierne i prawidłowe rozmieszczenie krwi w dolnéj części ciała, co w górnéj uskutecznia wpływ ciążenia. Serce i nerwy naczynioruchowe utrzymać téj równowagi nie są w stanie; prawda, że przy obniżeniu się parcia w tętnicy dogłowowéj u zwierząt zatrutych kurarą można obserwować: po pierwsze, następcze podniesienie się parcia w układzie tętniczym (fig. 4 *Ef*), którego nie bywa po przecięciu rdzenia, jestto więc wpływ nerwów naczynio-ruchowych; powtóre przy całych nerwach błędnych, jak już wspomniałem wyżéj, przy pozycyi głową w dół, zwolnienie tętna i przyspieszenie przy pozycyi odwrotnéj; lecz wpływy te nie wystarczają dla zupełnego uregulowania rozmieszczenia krwi. Oddechanie więc u normalnych zwierząt musi być uważane jako regulator do rozmieszczenia krwi żylnéj, jako czynnik usuwający szkodliwy wpływ ciążenia. Lecz najważniejszym czynnikiem pod tym względem jest działanie tłoczni brzusznéj; na to wskazują doświadczenia, w których dokonywano biernego ucisku jamy brzusznéj, pomimo iż zwierzęta zostawały w pozycyi pionowéj głową do góry, zawsze jednak ucisk jamy brzusznéj, rytmicznie wykonywany, był w stanie podnieść parcie w tętnicy udowéj dość znacznie i utrzymywać to parcie na pewnéj wysokości przez czas dłuższy. Prócz tego jeżeli bezpośrednio po takim ucisku zmieniano pozycyję zwierzęcia, to otrzymywane przedtém podniesienie się parcia w tętnicy udowéj teraz zwykle nie ma miejsca, przynajmniéj w pierwszéj chwili. Temu tedy mechanizmowi zawdzięcza organizm, że może się przystósować do rozmaitych pozycyj bez szwanku dla zdrowia i że przy najrozmaitszych pozycyjach parcie w normalnym stanie w tętnicach dogłowowych podlega bardzo nieznacznym zmianom. Oczywiście, że to przystósowanie może mieć miejsce tylko pod warunkiem, jeżeli narząd piersiowo-brzuszny działa zupełnie normalnie; wszelkie nadwerężenie czynności tego narządu musi się w pierwszym rzędzie odbijać na prawidłowości rozmieszczenia krwi.—Sądzę, iż w obserwacyjach klinicznych można znaleźć cały szereg dowodów na korzyść tego przypuszczenia.—Lecz prócz tego ilość krwi saméj także musi odgrywać pewną rolę. Jeżeli organizm utracił dużo krwi, jak to było w poprzednich moich doświadczeniach, gdzie zwierzętom upuszczano krwi do $^1/_{23}$ wagi ciała, to pomimo czynności tego mechanizmu ta nieznaczna ilość krwi, która pozostaje w naczyniach, może się umieścić nawet w uciśniętych do pewnego stopnia żyłach jamy brzusznéj, a przez to przy pozycyi pionowéj głową do góry dać ten sam obraz, który otrzymujemy po zakuraryzowaniu lub przecięciu nerwów błędnych u zwierząt normalnych. Również zwierzęta z dość już od natury mało rozwiniętą muskulaturą jamy brzusznéj, z obszerną jamą, jak np. króliki, mogą przedstawiać te obrazy w stanie już normalnym, jak to stwierdził Salaté.

Ostatecznie więc przychodzimy do wniosku, że jakkolwiek siła ciążenia działa na krew w organizmie zwierzęcym i w skutek tego działania krew dąży do umieszczenia się w najniższych naczyniach, to jednak dzięki specyjalnemu skojarzeniu się organów oddechowych i układu krwionośnego wpływ ten zostaje zrównoważony. W walce z tym oporem, który się przedstawia w skutek siły ciążenia, przyjmują udział rozmaite czynniki, jako to czynność serca, nerwy naczynioruchowe, lecz wpływ tych czynników jest bardzo nieznaczny i występuje wyraźniéj tylko po usunięciu głównego czynnika a mianowicie oddechania, gdyż zmiany naprzykład w pulsie występują najwyraźniéj tylko u zwierząt zatrutych kurarą, i w każdym razie jako skutek zmiany w parciu. (C. d. n.)

III. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882. [1])

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

F. Zapalenie opony twardéj krwotokowe jest chorobą rzadką w wieku dziecięcym, a w porównaniu z występowaniem jéj u osób starszych rzec można, że jest u dzieci chorobą bardzo rzadką, gdyż z opisanych przypadków do lat 10ciu przypada zaledwo $5^1/_2$%. Najczęściéj uważano zapalenie opony twardéj krwotokowe u dzieci pomiędzy 2gim a 4ym rokiem życia. Pod względem pojęcia istoty sprawy chorobowéj, zdania są jeszcze podzielone, jedni za przykładem Huguenina uważają krwotoki, a raczéj wynaczynienie pomiędzy oponę twardą a miękką, za sprawę pierwotną, drudzy, obecnie w większości, za przykładem Virchowa i Heschla, twierdzą, iż najpierw powstaje zapalenie blaszki wewnętrznéj opony twardéj z wytworzeniem błony o naczyniach krwionośnych słabych łatwo pęknięciu ulegających i sprowadzających następowe wynaczynienia między oponami. Przyczynami usposabiającemi u dzieci ma być przedewszystkiém upośledzenie w odżywieniu krwawcowe, t. z. *diathesis haemorrhagica*, i podupadłe odżywienie w ogólności, a choroby zakaźne lub choroby połączone z utrudnieniem odpływu krwi żylnéj z czaszki bywają przyczynami najbliższemi, wzniecającemi ostatecznie rozwój krwotokowego zapalenia opon. Niektóre tylko głosy także za kiłą się oświadczają. Czy choroba w mowie będąca ogranicza się u dzieci częściéj tylko do jednéj półkuli, czy téż jest obustronną, jeszcze nie jest rozstrzygniętém.

Rozpoznanie krwotokowego zapalenia opony twardéj możliwém jest tylko wśród pewnych warunków, a mianowicie: 1) jeżeli stanowczo wykluczoną zostanie obecność równoczesna innéj jakiéj choroby mózgu lub opon, 2) jeżeli sprawa chorobowa jest znacznie rozwiniętą, tj. gdy dziecię przynajmniéj jeden następowy krwotok przetrzymało, albo nawet po powtórnych krwotokach jeszcze przy życiu zostaje. Objawy w takim razie mają być następujące: Silny ból głowy dłuższy lub krótszy czas trwający, poczém występuje nagła bezprzytomność, drgawki ogólne, obustronne, zwężenie źrenic,

[1]) C. d. sprawozdania zeszłorocznego.

zwolnienie tętna i stan bezgorączkowy a co najważniejsza szybkie ustąpienie wszystkich przypadów, wyjąwszy bólu głowy, bez pozostawienia jakiegokolwiek porażenia lub zmiany w czuciu. Oczywiście pewniejszém staje się rozpoznanie, jeżeli po przerwie kilkutygodniowéj lub kilkumiesięcznéj wystąpi drugi podobny napad, również pomyślnie się kończący.

Od zwyczajnego wynaczynienia w opony miękkie różni się choroba ta jedynie silnym zwiastunowym bólem głowy, a następnie szybkiém ustąpieniem wszystkich objawów i rychłym w wielu razach powrotem do zupełnego zdrowia. Jeżeli jednak dziecię w pierwszym ataku zginie, rozpoznanie jest niemożliwém, gdyż trudno jest osądzić nietylko, czy dziecię zmarło skutkiem samoistnego wynaczynienia w opony miękkie, czy skutkiem krwotokowego zapalenia opony twardéj, lecz często nie można orzec, czy dziecię nie uległo jedynie eklampsyi. Trudności w rozpoznaniu nastręczają się natenczas, jeżeli równocześnie znajdujemy u dziecka chorobę taką, która drgawki wywołać może, jak np. zapalenie płuc, ospę, błonicę, dławiec itp. Z drugiéj strony pamiętać należy, iż skoro (jak to mieliśmy sposobność poprzednio wykazać) wynaczynienie w opony miękkie może przebiegać u dzieci bez wszelkich objawów za życia, to tém bardziéj wydarzyć się to może przy wynaczynieniu między oponę twardą a oponę miękką.

Przypadki zapalenia krwotokowego, opony twardéj w ciągu trzechlecia od r. 1879 do 1882 za życia atoli nierozpoznane były w liczbie 7 na 2035 chorych dzieci a zatém dosyć pokaźna cyfra. Z tych było chłopców 3, dziewcząt 4, wiek dzieci przedstawiał się jak następuje: W roku życia 1ym było dwoje, $1\frac{1}{2}$ było 1, $2\frac{1}{2}$ było 1, 3ém było 1, 5ym było 1, 8ym było 1. U dwojga dzieci stwierdziliśmy zboczenie w odżywieniu krzywicze, u jednego zimnicze, a u jednego zboczenie zimnicze i zołzowe. Odżywienie w dwóch przypadkach było bardzo dobre u reszty dzieci mierne lub złe. Jako choroby komplikujące, a względnie choroby główne, zauważyliśmy 2 razy ospę, 2 razy dławiec a 3 razy zapalenie płuc. Czas obserwacyi szpitalnéj, ważny ze względu na powolny przebieg zapalenia opony twardéj, wynosił w 1ym przypadku 78 dni, w 1ym 59 dni, w 1ym 37 dni, w 1ym 26 dni, a w 1ym 2. Dwoje dzieci przywieziono konających, które w kilka godzin po przyjęciu zmarły.

Przypadki te są następujące:

1. Franciszka Filipczakówna, dziecię 1-roczne, dobrze odżywione, przyjęte 25 września 1879. Kościec prawidłowy, obwód czaszki 42cm., wymiar prosty 14, poprzeczny $12\frac{1}{2}$, obwód klatki piersiowéj 40cm., długość ciała 58cm. Cera blada. Z wyjątkiem nieżytu oskrzelowego miernego stopnia w klatce piersiowéj nie ma nic nieprawidłowego. Brzuch napięty, twardy, śledziona powiększona macalna. Ciepłota początkowo prawidłowa następnie 28 i 30go października podwyższona z powodu napadów zimniczych, które po zażyciu chininu ustąpiły. Rozwolnienie średniego stopnia po 2 do 5 wypróżnień nieżytowych dziennie, które naprzemian ustawało tygodniami to znów się ponawiało. 13go listopada zauważono obrzęk stóp nieznaczny, lecz mocz prawidłowy. 22/11 stwierdzono w szczycie prawym z tyłu przy kręgosłupie przytłumienie wypuku obok znaczniejszéj odporności a bez zmian osłuchowych. Waga wykazała ubytek o 30 dekagramów ciężaru od czasu przyjęcia dziecka. 25/11 c. r. 37·8°C., w płucu lewém od tyłu i u dołu rzężenia drobnobańkowe, wydech mocno słyszalny, chuchający. 5go grudnia często wymioty, zwłaszcza po jedzeniu, stolce zielone, cuchnące, zresztą stan ten sam. 8/12 fald nosowo wargowy po stronie prawéj twarzy wygładzony, uwydatniający się wybitnie wśród płaczu a kąt ust obwisły. 9/12 oddech chuchający po stronie lewéj utrzymuje się, wypuk z tonem wyraźnie stłumionym. 10/12 ponowne wymioty, na błonie śluzowéj języka i policzków pleśniawki, stolców 5. Stan ciągle bezgorączkowy 37° do 38°, 11/12 o godzinie $4\frac{1}{2}$ rano chora umarła bez dalszych objawów ze strony narządu nerwowego.

Sekcyja wykonana 12go grudnia 1879 wykazała: *Pneumonia catarrhalis sinistra lobi inferioris (pleuritis fibrinosa), oedema acutum pulmonis utriusque. Pachymeningitis haemorrhagica interna praecipue dextra (convexitatis et basis). Hydrocephalus internus minoris gradus. Tumor lienis chronicus, melanosis lienis et hepatis, adiposa degeneratio minoris gradus. Catarrhus intestini tenuis sbs. hyperplasia glandular. mesaraicar. Hyperplasia glandular. bronchial. dextr.*

Z protokołu sekcyjnego wyjmujemy co następuje: Czaszka okazuje guzy czołowe i boczne znaczne, kości cienkie, ciemiączka błoniaste. Opona twarda dość silnie przylega do sklepienia czaszkowego, wewnętrzna powierzchnia pokrywająca półkulę prawą, jakotéż wyścielająca podstawę czaszki w przedniéj prawéj i środkowéj prawéj zatoce pokryta prawie jednostajnie blado różowawą błoną elastyczną, okazującą gdzie niegdzie drobne drzewkowate nastrzykanie naczyń lub nawet wynaczynionki. Tu i owdzie błonka jest ciemno-czerwono zabarwioną. Błonę opisaną z łatwością w całości ściągnąć można, opona pod nią miernie drzewkowato nastrzykana. Opony miękkie miernie drzewkowato nastrzykane przeświecają, w przestworach podpajęczych nieco jasnéj surowicy. Zwoje wyraźne, rowki głębokie, na rozkroju miąższ okazuje prawidłowéj szerokości ciemno-szarą istotę korową, w istocie rdzeniowéj nie wiele prążków i kropek ciemnoczerwonych, spójność mózgu prawidłowa, komórki miernie rozszerzone zawierają nieco cieczy surowiczéj, jasnożółtéj, wyściółka blada, gładka.

2. Ignacy Swierczewski, chłopiec 8-letni, przyjęty do szpitala 21go lutego 1880 z ospą krwawą (*variola haemorrhagica*) w okresie kwitnienia, zlewającą się na twarzy i odnogach górnych. Liczne pęcherzyki na podniebieniu i przełyku, głos ochrypły, na skórze dość rozsiane wybroczynki wiśniowéj barwy, kilka pęcherzyków zawiera ciecz krwawą. W płucach liczne furczenia, śledziona obrzękła. Zapad znaczny, ciepłota 39·8°, chory półprzytomny, zgrzyta czasem zębami. 22go lutego drobne trzeszczenia w płucu prawém, niespokój, c. 40·0°, umarł o godzinie 2éj nad ranem.

Sekcyja wykonana 25 lutego wykazała: *Variola vera in stadio suppurationis et exsiccationis, pneumonia lobularis dextra cum recenti fibrinosa pleuritide, hyperplasia agminum Peyeri mucosae ilei et glandularum mesaraicarum. Melanosis lienis, infiltratio hepatis adiposa, degeneratio renum adiposa, ulcera tracheae post variolam. Pachymeningitis interna haemorrhagica recens.* Z protokołu wyjmujemy: Czaszka prawidłowa symetryczna, opona twarda gładka, wewnętrzna powierzchnia ponad lewą półkulą mózgową powleczona żółtawemi lub czerwonawemi płatkami elastycznéj łatwo zdjąć się dającéj wypociny, miejscami widoczne drzewkowato rozgałęziające się naczynia. Zwoje mózgowe wyraźne, miąższ w całości nieco przekrwiony, spójność prawidłowa, komórki mózgowe rozmiarów prawidłowych, wyściółka blada, gładka.

3. Ruchla Gemeinerówna, dziewczyna 3 letnia, przyjęta do szpitala 17go marca 1880. Budowa kośćca prawidłowa, ciemię jeszcze niezarośnięte, nieco zaklęśnięte, odżywienie

złe, skóra sucha, brudno-ziemista, bujny porost włosów na grzbiecie zwłaszcza między łopatkami, gruczoły karkowe i pachwinowe przerosłe. W narządach klatki piersiowéj zmian wykazać nie można, brzuch wysklepiony, niebolesny, śledziona znacznie powiększona, rozwolnienie trwające już od kilku tygodni. Nie gorączkuje. W dalszym przebiegu zauważono, iż liczba stolców na dobę bywa 3 do 5ciu, które co do jakości odpowiadają przewłocznemu nieżytowi jelit. Stan ogólny był zadawalający. Dopiero 11 kwietnia zauważono podwyższenie ciepłoty 38·2°, 12go c. r. 38·0°, c. w. 39·5°, wymioty, kaszel i kilka guzków na twarzy drobnych jednak twardych; 13go c. r. 39·0°. Guzków więcéj wysypało się okazujących cechę ospowych. Przebieg ospy był łagodny, tak że 20 kwietnia chora przestała gorączkować, a przysychanie odbywało się należycie. Natomiast wystąpiło napowrót znaczne rozwolnienie, a 6go maja stwierdzono obecność płynu wolnego w jamie brzusznéj, następnie mierną ilość białka w moczu, w osadzie nieliczne wałeczki Belliniego. 11go maja stwierdzono skrócenie odgłosu wypukowego w pasze prawéj i liczne rzężenia drobne w płucu prawém, 13go trzeszczenie w podstawie płuca lewego, stan jednak wciąż bezgorączkowy. 14go maja o godz. 6 wieczór chora umarła.

Sekcyja wykonana 15 maja 1880 wykazała: *Nephritis parenchymatosa et apostematosa bilateralis. Diphtheria intestini crassi incipiens, catarrhus intestini tenuis chron. Residua variolae, pneumonia lobularis bilateralis, pachymeningitis haemorrhagica interna. Tumor lienis malaricus.* Odnośne szczegóły z protokółu sekcyjnego: „Czaszka prawidłowa symetryczna, opona twarda gładka, blada, wewnętrzna powierzchnia ponad prawą półkulą powleczona dość rozległą warstwą wypociny błoniastéj ciemno-czerwonéj, miejscami drzewkowate rozgałęzienie naczyń okazującéj. Opony miękkie cienkie, przeświecają, zwoje mózgu wydatne, rowki głębokie, miąższ w całości blady, suchy, spójności prawidłowéj“.

4. Jan Mysakowicz, chłopiec 1-roczny, miernie odżywiony, przyjęty do szpitala 26 marca 1880. Budowa kośćca krzywicza, czaszka czworokątna, guzy czaszkowe znacznie wystające. Ponad dolnym płatem płuca lewego wypuk czczy i stłumiony, oddech słabiéj słyszalny, oskrzelowy. Brzuch wysklepiony, śledziona niemacalna, ciepłota 38·1°. Podczas dalszego pobytu zauważono, iż objawy zapalenia płuca lewego utrzymują się, jakoto wypuk stłumiony, oddech oskrzelowy a wreszcie liczne rzężenia drobnobańkowe, pomimo iż ciepłota była prawidłową. Zauważono następnie eksacerbacyje wieczorne ciepłoty do 38·6°C. przy ciepłocie rannéj 37·0°. Dnia 15go kwietnia wystąpiły objawy zapalenia ogniskowego płuca prawego. Wśród ogólnego zapadu chory umarł 20 kwietnia o godz. 2éj popołudniu.

Sekcyja wykonana 21 kwietnia wykazała: *Pleuropneumonia bilateralis lobularis, cum partiali degeneratione caseosa pulmon. sin. Catarrhus chronic. intestini tenuis, hyperplasia glandul. mesaraic. Laryngitis et pharyngitis membranacea. Pachymeningitis haemorrhagica interna.* Szczegóły: „Czaszka prawidłowa symetryczna. Opona twarda gładka, wewnętrzna powierzchnia sklepienia czaszkowego wysłana w całości błoną na 2 do 3 milimetry grubą, żółtawą, miejscami ciemno-czerwoną, dającą się w dużych płatach ściągnąć. Na podstawie tylko gdzieniegdzie widać strzępki żółtawe do opony przylegające. Opony miękkie cienkie, lekko drzewkowato nastrzyknięte, przeświecające. Mózg w całości prawidłowy“. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męzkich. Skreślił prof. Dr. Obaliński. Nakładem Wydawnictwa dzieł lek. polskich w Krakowie 1886.

Książka, którą mamy przed sobą, omawia jednę z trudniejszych a niewątpliwie dla każdego lekarza najbardziéj potrzebnéj gałęzi chirurgii praktycznéj. Autor obrał dla książki swojéj formę ulubioną pisarzy francuskich, to jest formę wykładów i w 21 wykładach skreślił ten ważny przedmiot krótko, jasno, wyczerpująco z należytém uwzględnieniem literatury nowszéj, mianowicie francuskiéj i angielskiéj i z ominięciem kwestyj spornych w nauce, których rozbieranie drobiazgowe w książce przeznaczonéj przeważnie dla lekarzy praktycznych jest może i zbyteczne.

Słusznie autor na samym wstępie z naciskiem zwraca uwagę na ścisłą metodę badania, nad którą się dość obszernie rozwodzi. Bardzo cenne, zwłaszcza dla początkujących, są wskazówki diagnostyczne, czerpane bądźto z dzieł znakomitych specyjalistów, jak Thompsona, Guyona itd. bądź téż z własnego doswiadczenia.

Równie obszernie rozwodzi się autor nad drugim z rzędu środkiem pomocniczym do diagnostyki chorób dróg moczowych, tj. nad badaniem moczu. W części téj przytacza autor wszystko co jest najważniejszém a na co szczególniéj chirurg powinien zwracać uwagę przy łóżku chorego. Przez wprowadzenie części fizyjo-chemicznéj do podręcznika o chorobach dróg moczowych książka bardzo zyskała na wartości a autorowi należy się za to prawdziwa wdzięczność. W dalszym ciągu podaje dokładny opis stosunków anatomiczno-fizyjologicznych i przechodzi w 7 wykładzie do części praktycznéj, którą inauguruje opisem szczegółowym cewnikowania. W téj części znajdzie czytelnik bardzo trafne uwagi o wprowadzaniu cewnika w trudnych przypadkach i wzmiankę o metodzie Thompsona przecięcia cewki moczowéj w celu dokładnego zbadania pęcherza palcem wprowadzonym do pęcherza. Prawdziwie pouczające są uwagi o następstwach cewnikowania, wykonanego prawidłowo i nieprawidłowo. Ta część trudna i zawiła bardzo dobrze jest opracowana, widać że ją autor studyjował z szczególném zamiłowaniem. Wzorowo obrobiony jest dział traktujący sposób postępowania w przypadkach zatrzymania moczu, téj przypadłości przerażającéj chorego a sprawiającéj często lekarzowi tyle niepokoju i trudu. I tak każdy po sobie wykład aż do końca zawiera mnóstwo ważnych i trafnych uwag tak z własnego doświadczenia jak i z dzieł znakomitych specyjalistów.

Wykazawszy tyle zalet téj książki, muszę, chcąc odpowiedzieć zadaniu sumiennego krytyka, wspomnieć i o usterkach w téj pracy. Z góry jednakowoż zaznaczyć muszę, że ich jest nie wiele, że są mało znaczące i że wartości książki wcale nie zmniejszają. I tak na str. 35 powiada autor „gdy mocz oddziaływa amoniakalnie (autor zapewne miał na myśli oddziaływanie alkaliczne z powodu obecności NH_3), mamy dowód rozkładu moczu, przyczém mocznik rozkłada się na węglan amonowy“ a dalej na str. 36 „oddziaływanie amoniakalne w świeżym moczu świadczy o głębokich zmianach w błonie śluzowéj i w ogóle w ścianach pęcherza.“ Tym czasem wiadomą jest rzeczą, że w przypadkach wystąpienia w znaczniejszéj ilości fosforanu wapniowego zasadowego (tak zwanego kostnego), mocz świeżo puszczony oddziaływa niekiedy alkalicznie a to z przyczyny obecności NH_3.

Stan ten w fosfaturyi nawet dłuższy czas trwać może a jednak nie pociąga za sobą głębokich zmian w błonie śluzowéj i w ścianach pęcherza. Obecność NH_3 świadczy tylko o rozkładzie mocznika i nie dowodzi bynajmniéj głębokich zmian w błonie śluzowéj, do przypuszczania zmian upoważniony jest lekarz dopiero po bliższém zbadaniu osadu w moczu. Na str. 71 autor opisując sposób wprowadzania kateteru mówi: „Chirurg powinien wprowadzać kateter ruchem dobrze nadzorowanym ręką prawą, która jest wyćwiczona i ztąd płynie pierwsza wspólna reguła, ażeby stanąć do kateteryzowania po stronie prawéj chorego“ a na str. 75 opisując metodę klasyczną kateteryzowania powtarza to samo zdanie. O ile mi wiadomo, to przeważna część lekarzy wprowadzając kateter sposobem klasycznym, staje po stronie lewéj chorego, jeżeli kateter prawą ręką chce wprowadzić. I to jest bardzo naturalne, raz dla tego, że jest o wiele łatwiéj i wygodniéj stojąc po lewéj stronie chorego wprowadzić kateter, a powtóre, że mistrze przeważnéj części lekarzy praktycznych, to jest wszyscy niemal najznakomitsi chirurdzy niemieccy a z pomiędzy chirurgów francuskich najpoważniejszy to jest Nélaton, w prost wymagają od chirurga, żeby stawał po stronie lewéj chorego, jeżeli ma kateteryzować sposobem klasycznym. Stawania więc chirurga po stronie prawéj chorego, jak to autor podaje, żadną miarą uważać nie można za regułę ale raczéj za wyjątek, mimo że pewna część chirurgów francuskich podaje sposób kateteryzowania podobnie jak autor. Na str. 55 autor wspominając o stwardnieniu jądra podaje za przyczynę tego stwardnienia trypra i sprawę gruźliczą a nie wspomina ani słowem o innych sprawach chorobowych, mianowicie o kile, która przecież równie często jak gruźlica stwardnienie jądra sprowadza. Mocno żałować wypada, że autor tak krótko zbył dział o leczeniu kamieni pęcherzowych, z którym przecież tak dokładnie jest obeznany. Właśnie ta część chirurgii ogromne zrobiła postępy w ostatnich kilku latach a dla każdego lekarza jest rzeczą bardzo pożądaną, nie tylko wiedzieć, że istnieją nowe metody usuwania kamieni pęcherzowych, ale poznać dokładnie wszystkie sposoby operowania.

Wzmiankę o raku macicy na str. 29, mogącym sprowadzić anuryję, w dziełku traktującém o chorobach dróg moczowych u mężczyzn jak i wzmiankę o pochwie na str. 130 uważać należy za *lapsus calami.*

Pozwoliłem sobie uwagi te uczynić raz z obowiązku sprawozdawcy a powtóre dla tego, że autor może zechce z nich korzystać przy układaniu drugiego wydania, którego zdaniem mojém w krótkim czasie spodziewać się należy. Książka zaradzająca tak wielkiéj potrzebie w literaturze naszéj, tak niezbędna dla każdego medyka i dla każdego lekarza praktycznego, musi w krótkim czasie być wykupioną, a to tém więcéj, że cena jest bardzo przystępna a nakład, o ile słyszałem, nie zbyt wielki.

Co do strony typograficznéj, nadmienić należy, że Wydawnictwo dołożyło wszelkich starań, żeby odpowiedzieć wymaganiom starannego druku i dobrego papieru. Byłoby jednak do życzenia, żeby przy następném wydaniu uwzględniono potrzebę rycin, których w niejednėm miejscu widziałem konieczność dla wyjaśnienia i skrócenia zbyt zawiłych opisów. Przypuszczamy, że jedynie tylko wzgląd na znaczne podniesienie ceny podręcznika, przeznaczonego dla uczniów i mającego służyć za uzupełnienie wykładów, wstrzymał Wydawnictwo od tego. *Prof. Dr. Rosner.*

William Barlow (Manchester): **Przyroda krztuśca i nowy sposób leczenia tegoż podany przez prof. Moncorvę z Rio de Janeiro; wyniki tego leczenia.**

Podał Dr. R. Barącz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 24).

Wnioski te Tschamera chciał zbić prof. Rossbach z Würzburga, który nigdy nie zauważył śladu zadrażnienia górnych dróg oddechowych a obecność w plwocinach zarodników i *mycelium* zauważył w zwykłych nieżytach dróg oddechowych. Inni jednak badacze tego nie potwierdzili. Meyer Hüm, Oltramare z Genewy, prof. Steiner z Pragi a w ostatnich czasach Dr. Burger z Bonn poświadczyli wszyscy doświadczenia Letztericha i Tschamera. Dr. Burger zauważył nadto w niektórych najdłuższych z tych pasorzytów za pomocą przyrządu Abbego zwężenie w środku, a więc postać klepsydry. Ostatnich badań w tym kierunku dokonał prof. Moncorvo w poliklinice w Rio de Janeiro wraz z prof. Silva Aranjo. Badacze ci przyszli do podobnych wniosków. Ciałka żółte wykrztuszane w większéj ilości w czasie rozkwitu choroby składały się przeważnie z komórek przybłonkowych wielobocznych, nieregularnych o wyraźnych jądrach, z ciałek ropnych, prócz tego jeszcze drobniejszych ciałek *(Globulins)* i znacznéj ilości zarodników ułożonych w łańcuchy albo grupy z 2, 3, 4 lub więcéj, widocznych po zabarwieniu pikrokarminem albo fijoletem metylowym; w okresie późniejszym choroby liczba tych ostatnich była większą niż w wcześniejszym; autorowie ci jednak nie potwierdzili spostrzeżeń Tschamera co do obecności *mycelium* znajdowanego w korze gnijących łupin pomarańcz. Ruchy tych pasorzytów były bardzo żywe z wyjątkiem preparatów pochodzących od dzieci leczonych miejscowo resorcynem.

Myśl o przyrodzie pasorzytniczéj krztuśca była już od dłuższego czasu podnoszoną; autor już w r. 1867 był tego przekonania i z wprowadzeniem metody antyseptycznéj Listera zaczął używać 2—3% kwasu karbolowego w postaci mgły. Przekonał się jednak, że przy ambulatoryjném leczeniu plan ten nie daje się przeprowadzić i kwas karbolowy w postaci pary użyty sprowadzał często znaczne zadrażnienie dróg oddechowych a w przypadkach powikłanych z *bronchitis* musiał natychmiast przerwać dalsze leczenie. Znanemi są także i przez nielekarzy nawet używane wdychiwania gazu świetlnego przez wprowadzanie dzieci do fabryk gazowych. Parrot polecił używać fenilanu sodowego. Tordeus w Belgii używał z powodzeniem będźwinianu sodowego; Keuster tymolu; Amerykanie z większą lub mniejszą korzyścią soli chinowych. Huebner polecił salicylan sodowy, Hildebrandt inhalacyje pary oleju kopalnego. Wszystkie te zabiegi lecznicze świadczą, że różni autorowie zgadzali się ze sobą co do natury pasorzytniczéj krztuśca i wszyscy prawie przyszli do przekonania, że wszystkie te leki użyte w dostateczném zgęszczeniu, ażeby działać zabijająco na bakteryje, są niebezpiecznemi wywołując za silne drażnienie. Wszystko to pobudziło prof. Moncorvę do szukania innego środka mniéj drażniącego, który ostatecznie znalazł w istocie spowinowaconéj z kwasem karbolowym, w resorcynie. Andeer, Callias i Dujardin-Beaumetz wykazali rzeczywisty wpływ resorcyny na zaczyny organiczne nawet w małych ilościach. Korzyści, jakie ona po użyciu miejscowém nadto przynosi, są: łatwiejsza rozpuszczalność, mniejsza siła żrąca, ledwie dostrzegalna woń i mniejsze własności trujące,

przytém smak słodkawy. Te własności skłoniły prof. Moncorvę do podawania jéj wewnętrznie w przypadkach biegunki, czerwonki i w innych chorobach u dzieci, nawet u osesków jeszcze przed użyciem jéj w krztuścu. M. kładzie wielki nacisk na czystość preparatu i używa 1% rozczynu resorcyny, stosując ją pędzelkiem z wełny wielbłądziéj na część błony śluzowéj gardziela leżącą nad głośnią; pierwsze pędzelkowania sprowadzają silny odczyn i chorzy kaszlą gwałtowniéj i częściéj; ale w przeciągu 2—3 dni napady są rzadszemi i mniéj gwałtownemi. M. stosuje te pędzelkowania w 2-godzinnych odstępach we dnie i w nocy, z wyjątkiem gdy dziecko spi. Dr. Moncorvo przytacza na razie 30 przypadków z podaniem dokładnych historyj chorób w 18 przypadkach; w późniejszém sprawozdaniu w *Archivio di Patologia Infantile*, Neapol, maj, lipiec i wrzesień 1885, przytacza doświadczenia z 40 następnych przypadków; w wielu z nich zapalenie oskrzeli i zapalenie płuc dławcowe dołączyły się do pierwotnéj choroby, nadto wiele z tych dzieci było dotkniętych charłactwem zołzowém lub kilowém; w żadnym z przypadków przytoczone komplikacyje nie utrudniały tego sposobu leczenia a w ostatniém sprawozdaniu z Brazylii przytacza M. nadto próby ze stosowania *Cocainum hydrochlor.* bezpośrednio przed użyciem resorcyny. Doświadczenia te M. zachęciły autora do przedsięwzięcia nowych u swoich chorych. U 50 chorych (z tych 19 chłopców, a 31 dziewcząt) czas trwania leczenia był od 2—9 tygodni. Czas średni leczenia był 5½ tygodni; czas średni trwania choroby wynosi 8½ tygodni. Dr. Charles West podaje jako średni czas trwania choroby 10 tygodni. Wyleczenie zupełne stwierdził autor w 46 przypadkach; 4 usunęło mu się przed zakończeniem leczenia z pod obserwacyi; z tych 8 było dotkniętych ostrym nieżytem oskrzeli i zapaleniem płuc dławcowém, troje dzieci było nadzwyczaj wątłych, a jedno było po operacyi przekłucia klatki piersiowéj z powodu otoku opłucny. Autor widzi w tym sposobie leczenia wyższość nad innemi a korzystne wyniki osiągnięte nim usprawiedliwiają zupełnie polecenia przez Dra M.; również przy pomocy J. Broadbenta może potwierdzić Barlow wyniki doświadczeń mikroskopowych prof. Moncorvy nad plwocinami tych chorych, z których się okazało, że plwociny z wczesnych okresów choroby nie przedstawiają nieprawidłowości pod drobnowidem, z późniejszych okresów zaś pochodzące przy powiększeniu 800 i zabarwieniu fioletem metylowym okazują liczne jądra ciałek krwi, nitki włóknika i nieco łusek przybłonka; w niektórych znajdują się liczne małe mikrokoki, ułożone w formie łańcuchów albo w grupach (zooglea); w mniejszéj ilości podobne mikroby napotkać można i w innych częściach; łuski jednak przybłonka są główną ich siedzibą.

Na podstawie tego doświadczenia dochodzi autor do następujących wniosków: 1) krztusiec należy do chorób wywołanych przez drażnienie pasorzytów; 2) polega na obecności mikrokoków w znaczniejszéj ilości na błonie śluzowéj krtani i gardziela, które infiltrują komórki przybłonkowe ulubione przez nich siedziby dla rozrostu i rozwoju; 3) że resorcyna w rozczynie 1—2% na wspomnianą błonę śluzową stosowana zmniejsza widocznie siłę i częstość napadów i leczy tę chorobę.

Wreszcie zwraca autor uwagę, że możnaby zastósować do tych miejsc resorcynę za pomocą przyrządów rozpylających do wnętrza krtani i części sąsiednich a ostatecznie wspomina o nowym leku powinowatym, t.j. orcynie opisanym przez Andeera w *Gazetta Medica Italiana-Lombardia* 4 lipca 1885, która ma mieć tę wyższość nad resorcyną, że podczas gdy ostatnia w silnych dawkach działa żrąco, orcyna działać ma tylko ściągająco i antyseptycznie. *(The Lancet*, 1886, May 8, 15, 22).

Rothe: **O środku krew tamującym.**

Praca Meuniera, w któréj dla zatamowania krwotoków poleca podawanie wewnętrzne naparu z pokrzyw pobudziła autora do doświadczeń nad działaniem soku z rośliny téj po zastosowaniu zewnętrzném. Rośliny na wiosnę zebrane pocięto, włożono do 60%go wyskoku na dni 8, a wreszcie jeszcze wyciśnięto. Rozczyn wyskokowy w ten sposób sporządzony, należycie przesączony, barwy ciemno zielonkowato-brunatnéj posiada własność rychłego tamowania krwotoku, skoro tylko większe naczynia nie są otwarte: macza się w tym płynie watę, którą potém przykłada się do miejsca krwawiącego. Stosować go zatém można w krwotokach miąższowych jak niemniéj pochodzących z mniejszych naczyń. Krew zetknąwszy się z tym płynem przemienia się w miękką, jednolitą, niekruchą masę skrzepłą, któréj wypustki wchodzą w światła naczyń i naczyniek włosowatych i zatykając otwory w tychże powstrzymują krwotok. Autor stosuje z dobrym skutkiem swój „płyn krew tamujący (*liquor haemostaticus*)“ już od kilku lat przeciw krwotokom z nosa, z dziąseł po wyjęciu zęba, daléj przeciw krwotokom występującym po mniejszych amputacyjach itp. Wyciąg ten posiada i własności antyseptyczne, które zawdzięcza wyskokowi. I krwotoki maciczne niepołogowe można nim czasem w ten sposób zatamować, iż po przepłukaniu zimną lub gorącą wodą karbolową wstrzyknie się 5—10gr. wyciągu. (*Memorabilien* 1885, XXX, 4, str. 207). *Dr. Gross.*

Downie: **O głuchocie występującéj w przebiegu choroby Brighta.**

Dotąd nie zwrócono jeszcze bacznéj uwagi na zaburzenia w narządzie słuchowym, które występują w przebiegu chorób nerek; dopiero D. opisuje *(Glasg. med. Journal. Med. Central-Ztg.)* przypadek, zdolny zająć nietylko specyjalistów lecz także zwykłych praktyków. Mężczyzna 24-letni, dotknięty od dwóch lat chorobą Brighta, przedstawiający w chwili badania obrzęk na odnogach dolnych, doznał nagle w nocy tak znacznego bólu w uchu prawém, że wcale usnąć nie mógł. Przytępienia słuchu chory wtedy nie zauważył. Mimo, że wkroplił sobie ciepły wyskok z makowcem do przewodu zewnętrznego, nie doznał ulgi. Rano dnia następnego utracił słuch zupełnie wraz z bólami. Badanie z użyciem zegarka wypadało ujemnie, błona bębenkowa nie przedstawiała nic nieprawidłowego, kateteryzm nie sprawił żadnego polepszenia. Po upływie dni 14 pojawiły się znowu mierne bóle w uchu prawém, nieco późniéj i w lewém a dnia następnego chory ogłuchł obustronnie. Chory nie słyszał ani chodu zegarka ani dźwięku widełek stroikowych, jedynie głośny krzyk mógł zaledwie nieco zrozumieć. Badanie przedmiotowe nie wykazywało ani po prawéj ani po lewéj stronie żadnéj zmiany anatomicznéj. Głuchota trwała dni kilkanaście, po upływie których chory zaczął lepiéj słyszeć a w przeciągu dwóch dni bystrość słuchu była prawidłową.

Dieulafoy zestawił 37 przypadków zapalenia nerek ostrego i przewlekłego *(Gaz. de Médec. et de Chirurg.*, 1878) i podaje, że w 15tu przypadkach spostrzegał zboczenie w narządzie słuchowym w przebiegu choroby nerek; opisuje jednak tylko dwa przypadki dokładniéj. Z tych występowało w pierwszym dzwonienie lub znaczne przytępienie słuchu naprzemian to w prawém to w lewém uchu i to przez prze-

ciąg kilkunastu miesięcy. Badanie wykazywało przekrwienie w okolicy rękojeści młotka a po drugiéj stronie zgrubienie bł. bębenkowéj i jéj wciągnięcie. W drugim przypadku spostrzeżono, obok prawie zupełnéj głuchoty po stronie lewej przebicie błony bębenkowéj. Dieulafoy wysnuwa na podstawie spostrzeżeń wniosek, że przypady ze strony narządu słuchowego występują tak w przebiegu ostrych, jakotéż przewlekłych zapaleń nerek i to w każdym okresie tych chorób i przypuszcza, że przypady spostrzegane polegają na zmianach w narządzie słuchowym, analogicznych do zmian spostrzeganych w narządzie wzrokowym.

Przypadek opisany przez Downa nie jest podobnym do opisanych przez Dieulefoya, gdyż tam brakowało zupełnie zmian wyśledzić się dających, któreby mogły usprawiedliwić przytępienie słuchu i bóle. Przyczyna głuchoty musiała polegać na zmianie w błędniku i to zapewne w ślimaku, gdyż nie było zawrotu głowy, a zmianą tą mógł być obrzęk albo wybroczyna. Ból poprzedzający ogłuchnienie należałoby zapewne położyć na karb napięcia drobnych tętniczek, nagłe ustanie takowego i równoczesne upośledzenie słuchu na karb powstania wybroczyny. Objawów niedokrewności, która może również sprowadzić ogłuchnienie, nie było w tym przypadku, jak również nie było podstawy do twierdzenia, że przyczyną ogłuchnienia była kiła.

Tak samo tedy jak pojawienie się charakterystycznych plam na dnie oka i wybroczyn skłania do zbadania moczu, tak też nagła głuchota winna pobudzać do podjęcia tego badania. *Dr. Schaitter.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 22 stycznia 1886 r.

Przewodniczący Dr. Świderski.

Kol. Wicherkiewicz przedstawia dziewczynę, u któréj badając wziernikiem stan refrakcyi znalazł rzadkie zboczenie anatomiczne dolnéj żyły tarczowéj (*vena papillaris inferior*), która występuje u prawego oka na samém dnie znacznego zagłębienia tarczy, wstępuje w ciało szklane, utworzywszy zaś w niém znaczną pętlę, wraca ku tyłowi, aby następnie prawidłowy przybrać kierunek.

Kol. Kaczorowski proponuje wznowienie zwyczaju umieszczania na porządku dziennym tematów do ogólnych rozpraw. W tymto celu podejmuje się dla przyszłego posiedzenia referatu „o środkach przeczyszczających jelito,“ poczém opowiada rzadki przypadek prawdopodobnego zaczadzenia.

Przed niedawnym czasem powołano kol. Kaczorowskiego na dworzec do chorego, który tutaj popadł w kurcze drgawkowe wszystkich członków, co kwadrans powtarzające się. Tętno wynosiło 120 i było drobne, przytém ogólna nieczułość, bezprzytomność, brzuch wzdęty gazami. Bliższe wywiady wykazały, że chory komisarz obwodowy z R. przybywszy do Poznania z żoną udał się do restauracyi D., zjadł tamże porcyję flaków i napił się piwa, którém się i żona raczyła. Uczuwszy niebawem pewną ckliwość powrócił z żoną na dworzec, a tu w napadzie kurczów upadł wznak. Przy niewątpliwém podrażnieniu ośrodków nerwowych chodziło o rozpoznanie przyczyny, czy nią była niestrawność, czy też zaczadzenie. Gdy i żona, która do żadnéj niestrawności nie dała powodu, dostała także wymiotów, skłaniał się kol. K. do przypuszczenia, iż zaczadzenie wywołało groźne objawy u chorego męża. Kazał w biurze kolejowém, gdzie się chory znajdował, pootwierać okna i podawał choremu węglan sodowy kwaśny, następnie wywołał przez podrażnienie wymioty, po których w 2 godziny po pierwszym napadzie przytomność wróciła. Chorego odwieziono do hotelu, gdzie mimo chłodnego w pokoju powietrza nastąpiły niebawem obfite poty, potém tętno stało się prawidłowém i nazajutrz nastało zupełne wyzdrowienie. Silne krwią podbiegnięcie białkówki i wystąpienie na czole licznych lecz drobnych plamek krwistych utwierdziło kol. K. w przypuszczeniu otrucia tlenkiem węglowym.

Kol. Zielewicz zapytuje, czy flaki nie były powodem napadu, przeciwko czemu, zdaniem kol. K., przemawia ta okoliczność, iż żona chorego flaków nie spożyła, lecz porówno z mężem siedziała w restauracyi niedaleko żelaznego, węglem kamiennym ogrzanego pieca. Kol. Wicherkiewicz przypuszcza, że wynaczynienie mogło być następstwem albo upadnięcia lub téż zastoju żylnego wywołanego przejściowém utrudnieniem w małym obiegu krwi, jak to się przy wymiotach i napadach epileptycznych zdarza.

Daléj wspomina w kilku słowach kol. Kaczorowski o pewnym przypadku zaczadzenia, gdzie chora w następstwie tegoż widziała plamy w polu, a późniéj miała dłuższy czas trudność w czytaniu i zapytuje kol. Wicherkiewicza, jaki tego mógł być powód? Przerwy w polu widzenia tłumaczy kol. Wicherkiewicz podrażnieniem ośrodków nerwowych a mianowicie sfery wzrokowéj wywołaném zatruciem krwi. Nastąpna zaś dłużéj trwająca trudność czytania była skutkiem niedowładu mięśni wzrokowych.

Wybór zarządu załatwiono w ten sposób, iż prezesem obrano nadal Dra Mateckiego. Dr. Wicherkiewicz zaś skłaniając się się do życzeń kolegów, przyrzekł czas jakiś jeszcze w zastępstwie pełnić czynnności sekretarza.

Następnie sekretarz przedstawiwszy stan kasy uzyskał absolutoryjum a przewodniczący wspomniawszy kilku słowy o zejściu z tego świata kol. Dr. Studniarskiego, wezwał obecnych do oddania temuż przez powstanie czci, co téż nastąpiło.

Dr. B. Wicherkiewicz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 19 maja 1886 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 19.

1) Kol. Cybulski wygłosił rzecz „o wpływie pozycyi ciała na krążenie krwi u zwierząt“.

W dyskusyi wziął udział kol. W. Gluziński.

2) Przewodniczący zawiadomił Tow. lek. o zgonie ś. p. Dra Mateckiego w Poznaniu a podnosząc jego znakomite zasługi obywatelskie, wezwał zebranych do oddania zmarłemu czci przez powstanie.

3) W miejsce ustępującego z Komisyi redakcyjnéj Przeglądu Lek. kol. Korczyńskiego wybrany został kol. Obaliński. *Dr. Dobruchowski.*

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

I. Posiedzenie z dnia 18 maja 1886 r.

Obecni: koll. Cybulski, Gluziński, Jaworski, Korczyński, Mikulicz i Obaliński.

1. Komisyja ukonstytuowała się obierając przewodniczącym prof. Korczyńskiego, zastępcą tegoż prof. Obalińskiego, a sekretarzem doc. Gluzińskiego.

2. Sprawozdania z posiedzeń uchwalono ogłaszać w Przeglądzie Lek.

3. Przewodniczący donosi, że wniósł do Komitetu Wystawy przemysłowéj, która ma się odbyć w Krakowie w jesieni 1887 r., przedstawienie, ażeby dla wyrobów chemicznych, aptekarskich, balneologicznych, narzędzi dyjagnostycznych i leczniczych, przyrządów opatrunkowych (z pominięciem wyrobów dyjetetycznych i do pielęgnowania chorych służących, jeżeliby to nie dało się pogodzić z uchwalonym już rozkładem grup wystawowych) utworzono osobną grupę, a to dla lepszego uwidocznienia obecnego stanowiska przemysłu krajowego w tym kierunku. Doniesienie to przyjęto do wiadomości i uchwalono popierać tę sprawę, a w razie gdyby Komitet wystawowy tego zażądał, uchwalono wydelegować z grona Komisyi przewodniczącego i jego zastępcę do składu Komisyi Wystawy krajowéj. W téj saméj sprawie uchwalono znieść się z Wydziałem gospodarczym V Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, który ma się odbyć w r. 1887, aby wystawa Zjazdu z wystawą przemysłową krajową nie kolidowały, a przedmioty wyżéj wymienione na jednéj i drugiéj mogły być wystawione.

4. Pragnąc, aby narzędzia chirurgiczne i przyrządy opatrunkowe były wyrabiane w kraju, wydelegowano podkomisyję składającą się z proff. Cybulskiego, Mikulicza i Obalińskiego,

któraby tę sprawę rozpatrzyła i przedstawiła swe wnioski na przyszłém posiedzeniu.

5. Uchwalono prosić prof. Łazarskiego, aby wygotował spis przetworów lekarskich, któreby obecnie w kraju można wyrabiać, a na wniosek kol. Jaworskiego porozumieć się z inspektorem przemysłowym p. Nawratilem, jaki jest przemysł krajowy w tym kierunku.

6. Rozpatrzyć się, ażali nie dałby się założyć w Krakowie ogród aklimatyzacyjny dla roślin lekarskich i polecono przewodniczącemu, jako wnioskodawcy, aby w tym kierunku porozumiał się z dyrektorem muzeum przemysłowego Drem Baranieckim, prof. Rostafińskim, prof. Łazarskim i seniorem gremium aptekarskiego p. Gralewskim.

7. Zastanawiano się, na wniosek przewodniczącego, nad możnością zaspakajania potrzeb krowianką krajową i uchwalono prosić kol. Murdzieńskiego, aby sprawę tę zbadał i wnioski odpowiednie Komisyi przedstawił.

8. Ażeby mieć wiadomość, czy wody mineralne sztuczne wyrobu pp. Rzący i Chmurskiego bywają należycie sporządzane, wydelegowano doc. Jaworskiego, aby sprawę tę na miejscu zbadał, niespodzianie bez poprzedniego zawiadamiania fabrykantów.

9. Ponieważ p. Mutniański w Warszawie wyrabia kołaczyki nitrogliceryneowe, a p. Trąbczyński w Winiarach pod Kaliszem wyciąg słodowy, któreto obydwa przetwory zanadto mało są u nas rozpowszechnione, przeto uchwalono na wniosek przewodniczącego zawezwać tych panów do nadesłania prób, i przesłać takowe do obydwóch oddziałów chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza i do szpitala dzieci z prośbą, o podjęcie doświadczeń i wydanie sądu o jakości tych przetworów.

10. Zawezwać jednego ze zdolniejszych blacharzy, aby nadesłał spis i cennik swoich wyrobów w zakres lekarski wchodzących.

11. Zawiadomić p. Delavala fabrykanta łóżek żelaznych i materaców drucianych w Grybowie, który zgłosił się do przewodniczącego z cennikami swych wyrobów, ażeby nadesłał okazy takowych na skład do Bazaru wyrobów krajowych, poczém dopiero Komisyja będzie mogła ocenić, o ile zasługują na poparcie.

12. Zresztą zastanawiano się nad kilkoma bieżącemi sprawami, które poruczono poszczególnym członkom Komisyi do rozpatrzenia.

13. Uchwalono odbywać posiedzenie Komisyi co najmniéj dwa razy na miesiąc. *Doc. Dr. Gluziński*,
sekretarz komisyi.

VI. Zapiski kazuistyczne z zakładu sądowolekarskiego prof. E. Hofmanna w Wiedniu.

Podał Dr. Schaitter.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23).

III. Dzień po dniu mieliśmy na stole sekcyjnym dwa przypadki nagłéj śmierci w skutek krwotoku wewnętrznego po pęknięciu wątroby a w jednym i śledziony. Jestto dosyć częsta przyczyna śmierci gwałtownéj w tém mieście ruchliwém z licznemi fabrykami. Nie wspominałbym też o tych sekcyjach zwłaszcza, że i u nas pęknięcie wątroby nie należy do rzadkości po nader gwałtownych urazach, przejechaniu, tłoczeniu kolanami lub spadnięciu z wysokości. Przypadki jednak, które miałem sposobność widzieć w kraju, odznaczały się tém, że na zwłokach już przy oględzinach zewnętrznych można było zauważyć pewne ślady obrażenia jeżeli nie na klatce piersiowéj to przynajmniéj na innych częściach ciała. Te dwa trupy nie przedstawiały nigdzie najmniejszego nawet otarcia; skóra na klatce piersiowéj nie przedstawiała nigdzie sińców pomimo złamań licznych żeber. Jeden z tych ludzi woźnica został wozem swym naładowanym przygniecionym do ściany, drugi robotnik fabryczny dostał się pod ciężki walec żelazny i został w ten sposób zgnieciony. Śmierć nastała w jednym i drugim razie nader szybko, jak w ogóle po takich obrażeniach, a téj okoliczności przypisać należy bezwątpienia, że złamania żeber (u jednego 4 u drugiego 3 z tych jedno podwójnie) były niektóre bardzo mało podbiegnięte pod opłucną, żebro zaś podwójnie złamane w jedném miejscu nie okazywało wcale podbiegnięcia i robiło wrażenie złamania pośmierci powstałego, co jednak w obec odpowiedniego obchodzenia się ze zwłokami z pewnością wykluczyć można.

IV. Zwłoki dziewczyny 18 lat liczącéj zmarłéj z zapalenia płuc na jednym z oddziałów tutejszego szpitala a poddane sekcyi w zakładzie prof. Kundrata zasługiwały z tego względu na szczególniejszą uwagę, że obydwa gruczoły sutkowe bardzo dobrze rozwinięte na szerokich podstawach wydawały za uciskiem płyn mleczny pod mikroskopem całkiem do mleka podobny, pomimo że części płciowe téj osoby były dziewiczemi, w szczególności błona dziewicza pierścieniowata z otworem bardzo małym, pochwa pofałdowana a jama macicy o ujściu dziewiczém próżna.

Przypadek ten dowodzi dosadnie, jak zwodniczém może być czasem poleganie na stwierdzeniu sekrecyi gruczołów piersiowych u kobiet i jak w takich przypadkach pilnie i dokładnie badać albo z orzeczeniem wstrzymać się należy, aby w gruby błąd nie popaść.

V. U kobiety 60 kilka lat liczącéj, którą nieżywą zastano w mieszkaniu, wykazała sekcyja krwotok mózgowy w lewéj półkuli mózgu. Ognisko krwotokowe rozmiarów gęsiego jaja zajmowało również komórkę boczną po téjże stronie a już po zdjęciu opony twardéj uderzało niezwykle przypłaszczenie zwojów mózgowych. Poszukiwanie tętniaków drobnych wzdłuż grubszych pni naczyniowych mózgu, którąto zmianę widzi się tutaj dosyć często w przypadkach krwotoków mózgowych, nie odniosło rezultatu. Przy dalszéj jednak sekcyi mózgu spostrzeżono na przekroju mostu Varola bardzo liczne szerokie prążkowate wybroczyny. Nie można było wykazać związku anatomicznego pomiędzy temi prążkowatemi wybroczynami a główném ogniskiem krwotokowém, a zdaniem profesora Hofmanna, który już niejednokrotnie widział takie prążkowate wybroczyny obok krwotoku mózgowego lub oponowego, powstają one równocześnie z tymże, najprawdopodobniéj w skutek skurczu naczyniowego grubszych pni tętniczych, przyczém przychodzi z jednéj strony do powstania ogniska większego, z drugiéj strony do powstania tych prążkowatych wybroczyn, widywanych najczęściéj w wymienionéj poprzednio części mózgu.

VI. Osoba wiekowa, przyaresztowana za włóczęgostwo, zmarła nagle w areszcie policyjnym. Jako przyczynę śmierci wykazała sekcyja niedomykalność zastawek półksiężycowych aorty, która w całym swoim przebiegu okazywała znaczną miażdżycę. Oprócz tego jednak wykazała sekcyja mózgu nader rozległe przewłoczne krwotokowe zapalenie opony twardéj (*pachymeningitis haemorrh. interna.*).

Po wycięciu mózgu okazało się, że cząstki korowe płatu skroniowego po stronie prawéj były w dwu ograniczonych miejscach wielkości grochu zrośnięte z oponą twardą podstawy i po wyjęciu mózgu pozostały silnie przyczepione do téjże podstawy. Zmiana ta uważaną jest za wygojone stłuczenie (*contusio*) mózgu a zdaniem prof. H. najczęściéj w tych przypadkach widzi się następowe przewłoczne zapalenie opony twardéj, tak jak to ma miejsce w przypadku w mowie będącym.

Zmiany na oponie twardéj były tak rozległe, że trudno przypuścić, ażeby w przypadku tym nie cierpiały równocześnie władze umysłowe. Sposób życia i przyczyna areszto-

wania téj osoby przemawiają bardzo za tém, że czyny karygodne, których się dopuściła, były z wielkiém podobieństwem do prawdy następstwem zboczenia umysłowego. Naturalnie, że w tym przypadku zdanie to bez dalszych badań można wypowiedzieć jedynie w postaci przypuszczenia — z chwilą jednak działania nowéj ustawy przeciw włóczęgom będą bez wątpienia lekarze policyjni i więzienni w położeniu, iż u uwięzionych za włóczęgostwo rozpoznają nieraz zboczenie umysłowe jako przyczynę karygodnego zachowania się. Liczne bowiem spostrzeżenia stwierdziły, że włóczenie się bez celu spostrzega się u chorych na umyśle jako objaw chorobowy częstokroć już wtedy, gdy jeszcze władze umysłowe nie szwankują do tego stopnia, iżby przypadek był jasnym i dla nie lekarzy. Dzięki nowéj ustawie wpłyną zapewne lekarze policyjni na to, że nieszczęśliwi ci chorzy dostaną się do zakładów odpowiednich a nie będą pociągani do odpowiedzialności i karani.

VII. Każdy lekarz sądowy, chociażby nawet mniéj doświadczony, miał niezawodnie w praktyce swojéj przypadki, w których donoszono do sądu o śmierci gwałtownéj, najczęściéj przypuszczano otrucie, sekcyja sądowa wykazywała zaś zapalenie płuc dławcowe. Zdarzenia tego rodzaju nie należą w naszym kraju do wyjątkowych, a jak słusznie prof. Blumenstok w wykładach swoich uwagę czyni, w umysłach wieśniaków naszych nie mogą pogodzić się okoliczności, że ludzie zmarli, zdaniem ich, śmiercią nagłą, byli przed 2 lub 3 dniami zupełnie zdolni do swoich zwykłych zajęć. Przeciętny nasz wieśniak nie ma bardzo rozwiniętego zmysłu samoobserwowania i lekceważy przypady chorobowe do tego stopnia, iż z zapaleniem płuca zajmującém często jeden lub dwa płaty idzie piechotą do miasta po poradę lekarską. W skutek tego też w obec niepomyślnego przebiegu choroby zaraz na myśl przychodzi otrucie i ztąd liczne nieusprawiedliwione doniesienia. Sam miałem sposobność obserwować przypadek tego rodzaju przed dwoma laty. W Żelkowie pod Krakowem zachorował nagle popołudniu 10 letni syn gospodarza, zanim jednak zdołano szukać pomocy lekarskiéj, zmarło dziecko zrana dnia następnego wśród utraty przytomności. Koledzy zmarłego donieśli rodzicom tegóż, że w przeddzień śmierci być denat uderzony przez nauczyciela w szkółce wiejskiéj. Naturalnie, że z zajścia zrobiono użytek i doniesiono do prokuratoryi. Sekcyja wykonana na czwarty dzień po śmierci wykazała zapalenie dławcowe płuca prawego jako przyczynę śmierci, wywiady zaś sprawdziły, że chłopiec już odchodząc do szkoły czuł się niezdrów, kaszlu doznawał już od dłuższego czasu.

O wiele rzadziéj zdarzają się przypadki, w których nawet dla klasy inteligentnéj przypuszczenie otrucia zdaje się wielce usprawiedliwioném, zwłaszcza że zmarły wcale się nie żali, pełni swoje zwykłe zajęcia a wśród tego umiera. Co roku zdarza się w Wiedniu kilka takich przypadków mniéj lub więcéj do siebie podobnych tak, że, zdaniem prof. Hofmanna, możnaby mówić o *„pneumonia ambulatoria“*. W obecnym sezonie miałem sposobność widzieć na stole sekcyjnym zwłoki kelnera lat 17 liczącego, dobrze zbudowanego i odżywionego, który przyszedłszy późno wieczorem do mieszkania rodziców swoich na nocleg, nie żaląc się przed nikim na jakiekolwiek przypady, zapewne z powodu spóźnionéj pory, położył się spać. Zrana zastano go nieżywego w łóżku. Wywiady pomiędzy jego kolegami w lokalu, gdzie pełnił służbę, nie wykazały nic, coby mogło wytłumaczyć nagłą śmierć. W skutek tego też zarządzono sekcyję policyjno-sanitarną a rezultat takowéj musiał zadziwić każdego znającego historyję przypadku. W środku płatu średniego płuca prawego wykazano ognisko bezpowietrzne wielkości cytryny w okresie zwątrobienia czerwonego *(pneumonia centralis)*. W otoczeniu ogniska miąższ płuca przekrwiony ale powietrzny, płuco lewe surowiczo obrzękłe. Mięsień sercowy w wysokim stopniu ziarnisto zwyrodniały, śledziona nieco powiększona, torebka jéj napięta, wątroba przedstawiała obraz zwyrodnienia miąższowego, jakkolwiek nie w wysokim stopniu. Reszta narządów nie przedstawiała nic uderzającego. Zaiste obraz choroby ostréj zakaźnéj tak, że trudno pojąć, jak mogła przebiegać bez przypadów takich, iżby zmusiły zmarłego do porzucenia zajęć zawodowych. (C. d. n.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

— Towarzystwo kolonij wakacyjnych dla dzieci w Krakowie ogłosiło właśnie zdanie sprawy z czynności w r. 1885 jako pierwszym roku istnienia; wyjmujemy z niego następujące szczegóły. W kolonijach urządzonych dla dziewcząt w Siedlcu a dla chłopców w Rudawie, wsiach położonych w nader uroczéj okolicy na granicy powiatów krakowskiego i chrzanowskiego, znajdowało się w dwóch okresach czterotygodniowych po 10 chłopców i tyleż dziewcząt, tak iż ogółem korzystało 40 dzieci wyłącznie krakowskich z pobytu na świeżém powietrzu. 79·5% dzieci przyjętych do kolonij cierpiało na zołzy. Po raz pierwszy w ogólności w kolonijach, o których mowa, przeprowadzono, wprawdzie tylko u dziewcząt, leczenie wodami mineralnemi, mianowicie iwonicką i tak mało u nas jeszcze znaną a skuteczną francensbadzką *Stahlquelle*. Pierwszéj wypito 120, drugiéj 50 butelek ze skutkiem wyśmienitym. Wszystkie dzieci przyjęte do kolonij wakacyjnych badano dokładnie dwa razy: bezpośrednio przed wyjazdem i zaraz po powrocie z kolonij. Dziewczęta odnosiły daleko większą korzyść z pobytu na świeżém powietrzu niż chłopcy; biorąc bowiem za 100 stan zdrowia przed wyjazdem do kolonij przedstawia się przybytek na wysokości, ciężarze i sile (mięśniów przedramienia), u chłopców w téj saméj kolei 4·13, 3·53 i 11%, u dziewcząt zaś 4·98, 5·68 i 22·41%. O ile sądzić można z ogłoszonych zdań sprawy, było tak samo w kolonijach wakacyjnych warszawskich, których normę żywienia ułożoną przez Dra S. Markiewicza przyjęto dla kolonij krakowskich, korzystając nadto z bardzo cennéj pracy lekarza frankfurckiego Varrentrappa, przedstawiającéj międzynarodowemu kongresowi higijenicznemu w Genewie w r. 1882 wypadek wszystkich znanych do tego czasu kolonij wakacyjnych.

* **Cholera** utrzymuje się ciągle we Włoszech. W Wenecyi codziennie zdarza się 25—30 przypadków choroby i 10 do 12 przypadków śmierci. Dotychczas zaraza nie przekroczyła granic Austro-Węgier.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 30 maja do 5 czerwca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 28·9. Z odry umarło 0 (1 z. t.); z błonicy 0 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z duru osutkowego 2 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 2 płonicy, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 23—29 maja umarło z ospy w Wiedniu i Pradze po 6; w Rzymie 10, w Paryżu 7, w Brukseli, Petersburgu i Odesie po 1. Z duru osutkowego umarło: w Warszawie i Pradze po 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 2, w Londynie 1. Z duru brzusznego umarło: w Warszawie 15, w Królewcu 6, w Paryżu i Petersburgu po 14. Z odry umarło w Berlinie 19, w Rzymie 13, w Paryżu 22, w Londynie 28, w Petersburgu 32. Z płonicy umarło w Petersburgu 25. Z błonicy umarło: w Berlinie 17, w Paryżu 32, w Londynie 23, w Amsterdamie 12. Z krztuśca umarło w Londynie 41, w Paryżu 13. Z cholery umarło w Wenecyi 23.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 23—29 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 39,2; w Drohobyczu 60,0; w Kołomyi 30,6; w Przemyślu 39,9; w Stanisławowie 38,2; w Tarnopolu 23,9; w Tarnowie 22,5; w Czerniowcach 31,6; w Opawie 59,3; w Warszawie 31,6; w Poznaniu 38,1; w Wiedniu 31,3; w Pradze 47,5; w Lincu 49,2; w Salcburgu 25,5; w Gracu 28,6; w Tryjeście 27,5; w Insbruku 45,0; w Bernie 46,9; w Berlinie 27,8; we Wro-

cławiu 44,6; w Gdańsku 31,7; w Dreźnie 29,0; w Hamburgu 31,0; w Kolonii 26,1; w Lipsku 22,9; w Mnichowie 35,8; w Strasburgu 28,3; w Amsterdamie 22,9; w Bazylei 19,9; w Brukseli 26,2; w Chrystyjanii 22,0; w Genewie 18,7; w Kopenhadze 32,7; w Londynie 15,5; w Odesie 30,2; w Paryżu 25,2; w Petersburgu 35,7; w Rzymie 26.8; w Stokholmie 19,2; w Wenecyi 37,6; w Zurychu 24,3. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 16 czerwca. Na dzisiejszém posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego miał Dr. Odo Bujwid z Warszawy wykład o szczepieniu Pasteura z demonstracyjami. Następnie podał Dr. Braun szczegóły z przebiegu ostatniéj epidemii gorączki powrotnéj. W ożywionéj dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos koll. Ponikło, Gluziński, Paszkowski, Bossowski i Warschauer. Wykład Dra Prusa odroczono do przyszłego posiedzenia z powodu spóźnionéj pory.

* Zwracamy uwagę na inserat w Nrze dzisiejszym, tyczący się zakładu w Mariagrün pod Gracem. Głównym kierownikiem tego zakładu, przeznaczonego wyłącznie dla cierpiących choroby nerwowe, z wykluczeniem chorób umysłowych, jest prof. psychijatryi baron Krafft-Ebing, znany powszechnie autor znakomitych dzieł o chorobach umysłowych i nerwowych, a którego ostatnia praca przetłumaczona na język polski p. t. „Nasz wiek nerwowy“ i u nas bardzo jest rozpowszechnioną. W dziełku tém autor wyraża przekonanie, że dla chorych nerwowych potrzebne są lecznice odrębne, a że potrzebie téj nie czynią zadosyć szpitale zwykłe, a tém mniéj zakłady dla obłąkanych, jest rzeczą jasną. Zakłady wodolecznicze nadają się w przypadkach lżejszych, ale nie wystarczają w przypadkach cięższych, w obec których wszystko zależy na ciągłém kierownictwie lekarskiém i na stósowaniu kombinowaném całego przyrządu leczniczego, a nie wystarczają zwłaszcza takie zakłady wodolecznicze, które nie są otwarte przez rok cały. Do takich lecznic kwalifikują się według autora cięższe przypadki neurastenii, hypochondryi, histeryi itd., a więc chorzy, którzy dla braku energii potrzebują ciągłéj opieki lekarskiej. Liczba chorych w takim zakładzie powinna być ograniczona od 40—50, aby lekarz zakładowy mógł podołać zadaniu swemu. Otóż autor ma teraz sposobność stwierdzenia praktycznego swych wskazówek, a zakład znajdujący się w prześlicznéj okolicy Gracu, daje wszelkie rękojmie dla chorych, zwłaszcza gdy głównym kierownikiem jego jest jeden z najpierwszych psychijatrów austryjackich.

* Ministerstwo wojny zamierza znieść instytucyję elewów wojskowo-lekarskich, a medycy na przyszłość dopiero po uzyskaniu dyplomu będą przyjmowani do służby lekarskiéj. Podczas studyjów zaś słuchacze medycyny będą obowiązani służyć tak samo jak inni studenci wojskowo, ale tylko przez $^1/_2$ roku i to przez półrocze letnie i wakacyje; drugie $^1/_2$ roku odsłużą po uzyskaniu dyplomu jako lekarze wojskowi.

* Ministerstwo wojny zaprowadziło przymusowe szczepienie w całéj armii austryjackiéj.

* Śmierć tragiczna króla bawarskiego Ludwika II, która ostatniemi dniami była przedmiotem współczucia powszechnego, i dla nas lekarzy miała znaczenie, o ile razem z obłąkanym królem zginął i znakomity psychijatra prof. Gudden z Monachijum. Urodzony d. 7 czerwca 1824 r. w Kliwii nad Renem liczył więc lat 62; był on za młodu asystentem Jacobiego w Siegburgu, późniéj profesorem psychijatryi w Zurychu a od r. 1872 w Monachijum i znany jest z licznych a znakomitych prac psychijatrycznych i orzeczeń psychijatryczno sądowych, jak np. w sprawie hr. Choryńskiego. Rzecz dziwna, że doświadczony psychijatra okazał mało przezorności, udając się z królem obłąkanym a bardzo silnym mężczyzną lat 40 liczącym na spacer w pobliżu jeziora, wbrew przestrogom lekarzy i nielekarzy. Katastrofa nastąpiła w niedzielę przed 8 wieczorem, a dopiero koło 11éj wyłowiono oba trupy z jeziora, w którém przez 3 godziny leżały; doniesienia więc, że ciała zdradzały jeszcze objawy życia, wprost do rzędu bajek zaliczyć należy. Szczegóły zajścia, które się odbyło bez świadków, na zawsze pozostaną zagadkowemi; zdaje się, że król nagle skoczył do jeziora, zrzuciwszy ze siebie płaszcz, że Gudden skoczył za nim, dopadł go i że w głębokości 3 stóp odbyła się walka między lekarzem a chorym, w któréj lekarz o wiele starszy dławiony przez króla utonął, poczém król zamiaru samobójczego dokonał. Wiadomo, że Ludwik II już od wielu lat uchodził za niezdrowego na umyśle, był on dziedzicznie obciążony a brat jego, obecny król Otton, o $1^1/_2$ roku młodszy, już od kilkunastu lat uznany jest za obłąkanego. Dopiero w ostatnich dniach zdobyto się na usunięcie króla Ludwika od tronu, i to na podstawie orzeczenia podpisanego przez proff. Guddena, Grasheya, Hagena i dyrektora Hubricha, opiewającego, że król cierpi pomieszanie pierwotne. Sekcyja, uskuteczniona przez prof. Rüdingera w asystencyi Drów Helma, Grasheya i Kerschensteinera, wykazała znaczne zwyrodnienia na czaszce, w oponach i mózgu, zmiany polegające tak na rozwoju nieprawidłowym, jakoteż na chronicznych sprawach zapalnych dawniejszéj i świeższéj daty.

* W Cieplicach czeskich było do d. 11 bm. gości 1899, w Gainfarn 239, w Giesshüblu 100, w Gleichenbergu 1330.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wrocław.** Lekarz sztabowy Dr. Józef Schröter habilitował się jako docent higijeny. — **Wiedeń.** Wydział lekarski uchwalił urządzić kursy wakacyjne na wzór istniejących za granicą i ustanowił w tym celu komitet, w skład którego wchodzą proff. Albert, Gruber, Kundrat i docent Chiari. — **Budapeszt.** Rektorem na rok przyszły obrany został prof. Koranyi. — **Fryburg.** Prof. Kirn zaproszony na katedrę w Dorpacie odmówił przyjęcia. — **Strasburg.** Dr. Stilling habilitował się jako docent anatomii patologicznéj i patologii ogólnéj. — **Dorpat.** Prof. patologii szczegółowéj Alfred Vogel usunął się z katedry i powrócił do miasta rodzinnego Monachijum. — **Kijów.** Prof. Gustaw Bunge w Bazylei (dawniéj docent w Dorpacie) mianowany został zwyczajnym prof. chemii lekarskiéj, a docent charkowski Dr. Morosow nadzw. profesorem chirurgii. — **Charków.** Docent prywatny w akademii wojskowo-lek. w Petersburgu Dr. Kostjurin mianowany został nadzw. profesorem patologii ogólnéj.

* **Odznaczenia.** Królowa angielska nadała szlachectwo okuliście White Cooperowi (który wkrótce potém umarł), lekarzom londyńskim Sievekingowi i Tomasowi, oraz profesorowi medycyny sądowéj w Edymburgu Drowi Douglas Maclaganowi.

* **Wiadomości osobowe.** Mianowany lekarzem starszym w armii czynnéj Dr. Włodzimierz Sołtykiewicz we Lwowie.

* **Nekrologija.** W Królewcu umarł Dr. Robert Falkson, docent chirurgii, licząc lat 32, w Londynie okulista królowéj White Cooper.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 25: Heringa: Kwas mleczny jako środek leczniczy przy owrzodzeniach gruźliczych krtani. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 24: Matlakowskiego: Kilka uwag o zmianach, zachodzących w jelicie zaciśniętém w przepuklinach uwięzionych; Orłowskiego: Sprawozdanie z oddziału chirurg. mężczyzn w szpitalu Dzieciątka Jezus z 1885 r. (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. Stan. KRYSIŃSKI: Uiber den heutigen Stand der Argyriefrage, Dorpat 1886, in 8vo str. 50. (Jestto rozprawa napisana w celu otrzymania stopnia doktora medycyny, któryto stopień autorowi też przyznano).

Tenże: Ein Fall von Schleimhautkrebs des Uterus. (Odbitka z „Zeitschr. f. Geburtshilfe“ XII, 1), in 8vo 13 z tabl. chromolitograf.

Resumen general de las invasiones y de funciones por causa de cólera ocurridas en Espana durante el ano de 1885. Madrid 1886, in 4to str. 59.

Sprawozdanie Towarzystwa kolonij wakacyjnych dla dzieci w Krakowie za r. 1885. Kraków 1886, in 8vo str. 24.

Sprostowanie. W Nr. Przegl. Lek. 8, str. 113, opuszczono ustęp: że ciężka sprawa chorobowa dotykająca błony śluzowéj w dyfteryi może tak samo zawdzięczyć swe powstanie jadowi, który z powierzchni błony śluzowéj do wnętrza się dostaje, jak i jadowi zakażającemu pierwotnie krew a następnie dopiero wytwarzającemu charakterystyczne dla dyfteryi pokłady chorobowe. — Nr. 9, str. 132, łam 2, w. 21 od góry, zam.: śmiercią się kończy. Skutkiem czytaj: śmiercią się kończy skutkiem itd. — Nr. 10, str. 146, ustęp końcowy zam.: która zazwyczaj śmiercią się kończy, czyt.: które zazwyczaj śmiercią się kończą. —

Nr. 12, str. 176, I. Leki przeciwgnilne wypuszczono w wierszu 3cim: kwas będźwinowy, będźwinian sodowy i będźwinian kofeino-sodowy. — Nr. 14, str. 199, łam 1, w. 25 od góry zam.: 1—2·0 dziennie, czyt. 1—2 razy dziennie). — Nr. 18, str. 247, łam 1, powinien ustęp „Prawdopodobnie przypadki te itd. być opatrzonym nawiasami ( ) lub zaczynać się z początku jako uwaga krytyczna autora. — Nr. 19, str. 260, łam 1, wiersz 22 od góry zam.: spojówki, gałek ocznych, czytaj: na spojówce powiek i gałek ocznych, na błonie śluzowéj gęby itd. i str. 261 w połowie, czytaj: jak i z tętniczki (*ramus arteriae thyreoidae superioris*) itd.; tamże wiersz 19 od dołu zam. z resorcynem sody czyt. będźwinianem sodowym; str. 262, zam. kachektyczny, skutki czytaj kachektyczny, a skutki... i zam. znacznéj ilości eteru. W końcu jednak, czyt. znacznéj ilości eteru, wkońcu jednak... — Nr. 21, str. 288, wiersz 3 od góry, zam. operacyi czyt. operacyję; a wiersz 3 od dołu zamiast Dr. H. z Czernowic, czyt. Dr. Jaeggle z Czernowiec.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 258D

Ogłoszenie konkursu.

Rozpisuje się konkurs na dwie posady Asystentów lekarskich przy tutejszym szpitalu na lat dwa, które przy zadowalającéj służbie mogą być przedłużone do lat czterech.

Do posady asystenta przywiązana jest płaca 500 złr. rocznie.

Ubiegający się kandydaci o te posady powinni wykazać:

1. Wiek, stan i miejsce urodzenia.
2. Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.
3. Stopień Doktora medycyny lub wszech nauk lekarskich, uzyskany na jednéj z wszechnic Państwa Austryjackiego.

Podania wnosić należy na ręce Dyrekcyi tutejszego szpitala bezpośrednio lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeżli kandydat zostaje w służbie publicznéj.

Z Dyrekcyi krajowego szpitala powszechnego.

Lwów dnia 22 maja 1886 r.

Dr. Głowacki.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.